

MAR 9 1944

ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Número avulso Cr \$ 5,00

VL. XLVI

Novembro de 1943

N. 5

Sumário:

	PÁGS.
O Arsenox e as reações sorológicas —	
Dr. GABRIEL G. AMATO.....	349
Contingências do posoperatório —	
— DR. EURICO BRANCO RIBEIRO	371
Produção médica de São Paulo.....	389
Sociedade de Medicina e Cirurgia	389
Associação Paulista de Medicina...	390
Sociedade Médica São Lucas.....	433
Sociedade Paulista de Medicina e	
Higiene Escolar.....	435
Centro de Estudos "Franco da Ro-	
cha".....	436
Outras sociedades.....	436
Literatura médica.....	438
Imprensa Médica de São Paulo.....	439
Vida médica de São Paulo.....	441
Assuntos de atualidade.....	442

Na gripe,
na pneumonia

**D
A
Q
U
I
N
O
L**

Caixas de 5 empolas
E' um produto
PROQUIBIO

Pronto alivio
com
um produto

PROQUIBIO

no
reumatismo
e
dores articulares

**HEXAMYD
SALICILADO**



PROQUIBIO
PRODUTOS QUÍMICOS BIOLÓGICOS LTDA.

0
0
0
S



Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Número avulso. . . . Cr \$ 5,00

Vol. XLVI Novembro de 1943 N. 5

Arsenox e as reações sorológicas

Dr. Gabriel G. Amato

Interno-chefe do Centro de Higiene Social da Escola Paulista de Medicina.

O Centro de Higiene Social desde longa data vem se interessando no sentido de obter algumas observações concludentes com o Arsenox, o mais recente dos arsenicaes trivalentes. Por forças das circunstâncias quasi sempre de ordem econômica, só agora pudemos extraír estas poucas observações com o referido medicamento e desde que estas tenham sido feitas, não poderíamos deixar de revelar os factos ocorridos durante o tratamento dos casos observados.

Se bem que o principal objetivo visado seja a influencia do Arsenox com relação às reações sorológicas no tratamento de ataques na sifilis recente, não poderíamos deixar de revelar as manifestações apresentadas pelos pacientes durante as diversas administrações do medicamento em questão.

CEFALÉA: — Nas duzentas e três ampolas aplicadas, (0,04 e 0,06), esta manifestação surgiu em vinte e duas administrações, em individuos portadores de lues secundaria, não se verificando em nenhum caso de lues primaria. Em 10 das 22 vezes que a cefaléa se apresentou, somente num unico paciente, esta persistiu durante toda a série. Neste ultimo caso feito o exame especializado, este revelou-o paciente como portador de um cinusite frontal bi-lateral. O aparecimento de tal manifestação surgiu em média cerca de duas horas depois da administração até no máximo de 24 horas.

NEVRALGIA: — Em 32 administrações, alguns momentos após a injeção do medicamento os pacientes se queixaram de

dores nevralgica de caráter incomodativo no território do nervo dentário superior e inferior, que permaneciam no máximo uma hora, para depois desaparecerem por completo. Feito o exame dentário destes indivíduos, verificou-se serem portadores de focos de infecção dentária (tecidos de granulação). Num dos casos, a retirada do foco de infecção antes do término do tratamento de ataque, resultou no fato de mais aparecer qualquer dôr, nevralgicas nas subsequentes injeções.

NAUSEAS E VOMITOS: — Em 12 administrações surgiaram náuseas, que não impediram os pacientes de se alimentarem 4 horas após a injeção. Uma única vez as náuseas persistiram durante três dias, porém de caráter ligeiro.

FEBRE: — Uma única vez o paciente na primeira dose de 0,04, referiu ter tido febre, revelada por calafrios, boca seca, mal estar, etc. não tendo porém feito uso de termômetro. Diz ter essa manifestação cerca de 12 horas.

PERTURBAÇÕES GASTRO-INTESTINAIS: — Em 75 injeções os pacientes revelaram que em geral no dia seguinte a administração do medicamento, surgiaram-lhes perturbações gastro-intestinais, reveladas por diarreia, porém não acompanhadas de inapetência, língua saburrosa; uma ou outra vez acrescida de ligeiro estado de debilidade. A duração destas diarreias variou entre um dia, atingindo por ocasiões toda a semana até a injeção seguinte.

PRURIDO: — Um dos pacientes na última dose da série apresentou um prurido pouco a linha intenso não acompanhado de exantema nem descamação. Com relação a crise nitritóide, apoplexica serosa, encefalite hemorragica, exantemas, purpuras, hemorragias, e ictericia, estas não foram verificadas nem mesmo nos seus sintomas iniciais. Com relação às reações locais, presenciamos algumas vezes dores pouco intensas ao longo dos trajetos venenosos que desapareceram pro completo, desde que passamos a injetar com maior rapidez a solução de Arsenox.

Em nenhum dos casos empregamos doses menores do que 0,04. Esta dose foi usada na primeira injeção, correspondente a primeira da série do tratamento de ataque. Da segunda até a última injeção da série, foi utilizada a dose de 0,06. O intervalo entre uma e outra injeção foi sempre de uma semana. Indistintamente o tratamento de ataque em ambos os sexos, foi realizado com a mesma intensidade e doses. As soluções foram feitas em 10 c. c. de água bi-distilada, pois este é o veículo melhor para a administração do Arsenox, que deve ser injetado rapidamente afim de se evitarem os fenômenos dolorosos locais. As injeções foram praticadas tanto pela manhã como a tarde, guardando-se sempre 6 horas de jejum, na metade do qual a solução do Arsenox foi injetada. Quando as injeções foram aplicadas à tarde os

pacientes se alimentaram 4 horas antes, fazendo uma refeição rica em hidratos de carbono. A mesma refeição aconselhada para almoço, foi também para o jantar. Quando o Arsenox foi injetado pela manhã os pacientes estavam em jejum.

Como dissemos linhas acima as observações que se seguiram tiveram como principal objetivo verificar qual a influencia do Arsenox sobre as reações sorológicas, ao mesmo tempo que verificando a ação do medicamento o relacionamos com outros Arsenicais trivalentes. Utilizamo-nos simplesmente de casos de lues primária e secundária. Os casos foram assim distribuidos:

1.º) — 10 casos tratados exclusivamente com Arsenox da maneira pela qual expusemos em linhas anteriores.

2.º) — 10 casos tratados com Arsenox mais Bismuto lipo-solúvel, nos quais empregamos 20 ampolas deste ultimo medicamento, duas semanas, pesando cada uma destas ampolas 0,06 de Bismuto metálico, portanto na dose total de 1,20, o Arsenox foi injetado da mesma maneira como nos casos anteriores. O sal de Bismuto escolhido foi o Canfocarbonato de Bismuto.

3.º) — 10 casos tratados com outros arsenicais trivalentes na quantidade total equivalente a 0,10 por quilo peso, partindo da dose de 0,15 ao máximo de 0,60, guardando-se os intervalos de dois dias entre as doses de 0,15 a 0,30, de três dias entre 0,30 e 0,45, de cinco dias entre 0,45 e 0,60 e de sete dias entre as de 0,60.

4.º) — 10 casos em que foram empregados outros arsenicais trivalentes, mais Bismuto lipo-solúvel, na mesma dose empregada como adjuvante ao tratamento de ataque feito pelo Arsenox.

5.º) — 10 casos em que se fez exclusivamente o tratamento com o Bismuto lipo-solúvel nos quais se fez o emprego de 20 ampolas, duas por semana, até o total de 20 em folhas. Como o resultado fosse um único caso satisfatório, demos o descanso de 15 dias e iniciamos uma nova série nas mesmas condições que a primeira, e o resultado aqui fixado iguala ao que se obteve no fim da primeira série.

O resultado de tais observações com relação às reações sorológicas foram os que se segue:

1.º) — nos 10 casos em que o Arsenox foi empregado no tratamento de ataque, na dose de 0,010 por quilo de peso, isto é, 10 vezes menos que a dose empregada com os outros arsenicais, o resultado obtido foi surpreendente, pois em 7 casos as reações sorológicas resultaram negativas, o que equivale a dizer que em 70 % dos casos o Arsenox só, nas doses acima especificadas e numa única série se mostrou capaz de negativar as reações sorológicas.

2.º) — Nos 10 casos em que o Arsenox foi utilizado no tratamento de ataque com o auxílio do bismuto lipo-soluvel, o resultado foi ainda mais satisfatório, pois em 8 casos as reações se tornaram inteiramente negativas, sendo que em um só caso a R. de Khan se apresentou fracamente positiva, enquanto as demais foram inteiramente negativas. Isot significa que obtivemos em quasi 90 % dos casos, a completa negativação das reações sorológicas no tratamento de ataque das lues primária e secundária, com uma unica série de Arsenox combinada com uma série de 20 ampolas de bismuto lipo-soluvel.

3.º) — Nos casos em que se fez o emprego de outros arsenicais trivalentes sem auxílio de bismuto, o resultado foi: em seis casos as reações se tornaram negativas fazendo então a percentagem de 60 % das observações por nós realizadas.

4.º) — Nos 10 casos em que se empregou ainda outros arsenicais trivalentes combinados com uma série de 20 ampolas de bismuto lipo-soluvel, resultaram sete casos de reações sorológicas negativas, após o tratamento, isto é 70 % das observações.

5.º) — O bismuto revelou-se mais fraco. Após duas séries de 20 ampolas de bismuto lipo-soluvel, de 0,06 de bismuto metálico por ampola, com intervalo de 15 dias e na dose total de 2,40, sómente em 3 casos os resultados sorológicos foram negativos, portanto 30 % de nossas observações.

Fato difícil de suceder num ambulatório de indigentes, é praticar o diagnóstico de sífilis na fase pré-sorológica, em virtude dos pacientes já nos procurarem tarde, depois de já ter lançado mão de diversos processos para o fechamento do sifiloma inicial; portanto não poderíamos deixar de assignalar um desses casos o qual depois do diagnóstico clínico e do exame de lamina, foi incontinentemente tratado com o Arsenox, verificando-se que além da cicatrização da lesão entre a segunda e terceira dose de 0,06, as reações sorológicas feitas semanalmente, no intervalo das injeções, mantiveram-se negativas durante todo o chamado tratamento de ataque.

As reações referidas nas afirmações acima, foram realizadas em média entre 10 e 15 dias após a aplicação da ultima dose de Arsenox, outros arsenicais trivalentes ou bismuto. As lesões sifilíticas primárias e secundárias desaparecem com o Arsenox em média entre a segunda e quarta doses aplicadas, sendo que num dos casos as sifilides papulosas se substituiram por manchas

hiperpigmentadas, que até hoje se conservam, enquanto que com outros arsenicais a média do desaparecimento foi entre a terceira e quinta aplicações. Com bismuto as lesões em geral se conservaram, se bem que diminuindo gradativamente até o final da primeira série.

A seguir passaremos a descrever as nossas observações, excluindo das mesmas as reações sorológicas que serão representadas pelos quadros 1 — 2 — 3 — 4.

Casos tratados exclusivamente com Arsenox.

1.º CASO: — A. M. D. M., 32 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no prepucio há 28 dias. Cerca de 20 dias após relação suspeita, surgiu-lhe uma ulceração no prepucio, indolor, não secretante. Quinze dias após, adenite satélite, pouco dolorosa.

Antecedentes venéreos: Blenorragia há 4 anos.

Exame clínico: o exame dos diferentes aparelhos nada revelou. Lesão no prepucio com os caracteres de câncro duro.

Exame direto: positivo para o *Tryponema palidum*.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 1).

A cicatrização da lesão foi obtida entre a 2.ª e 3.ª empolas.

2.º CASO: — P. R. 30 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no sulco balano-prepucial há um mês.

Refere contacto com mulher suspeita há mais ou menos 50 dias. Cerca de 20 dias após essa relação apareceu-lhe uma ferida (sic) no sulco balano prepucial, que daí para cá vem aumentando, sendo no entanto pouco dolorosa e pouco secretante.

Exame clínico: Revelou a presença de lesão com os caracteres de câncro duro.

Exame direto: positivo para o *Tryponema palidum*.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 1).

A cicatrização da lesão foi obtida entre a 2.ª e 3.ª empolas.

3.º CASO: — L. T., 30 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no prepucio há trinta dias (30).

Não sabe referir quanto tempo após contacto sexual surgiu-lhe a lesão acima, que é pouco dolorosa, não secretante, mas que gradativamente vem progredindo. Há 2 dias refere edema que não lhe permite arreigar o prepucio.

Exame clínico: O exame clínico revela para-fimose; com dificuldade examina-se a lesão que tem os caracteres de câncro duro.

Antecedentes venéreos: positivo para *Tryponema palidum*.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 1).

4.º CASO: — W. B., 20 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no meato uretral há 18 dias.

O contacto com mulher suspeita, deu-se cerca de 12 dias antes do aparecimento da lesão. Não refere dor. A secreção da lesão não é confirmada pelo paciente. Diz arder durante o acto da micção.

Exame clínico: Lesão no meato uretral infiltrada, pouco dolorosa, não secretante. Os ganglios inguinais acham-se tumeffeitos, pouco dolorosos.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 1).

A cicatrização da lesão foi obtida entre a 3.ª e 4.ª empolas.

5.º CASO: — P. C., 24 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: manchas pelo corpo há 12 dias.

Refere que de 12 dias para cá notou o aparecimento de manchas que, de inicio surgiram-lhe no abdómen, aumentando dia a dia, atingindo o torax e os membros. Cefaléa vespertina. Dores nas articulações.

Antecedentes venéreos: Há 6 meses sacro duro (sic) no prepucio. Tomou 4 empolas de 0,30 de Neo Salvarsan e 6 empolas de bismuto. Fechada a lesão abandonou o traamento.

Exame clínico: Sifilis papulosas no abdómen, torax, e membros superiores e inferiores. Placas mucosas na língua e comissura labial. Tibialgia e externalgia acentuada. Ganglios infartados, indolores.

Exame sorológico: fortemente positivo. (quadro n.º 1).

O desaparecimento das manifestações se processou após a 3.ª infecção.

6.º CASO: — V. L., 30 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Ulceração na raiz do pénis, há 2 meses.

Cerca de 15 dias após contacto com mulher suspeita, surgiu-lhe uma ferida no pénis, indolor, pouco secretante que se alastrou. Tem usado medicamentos indicados por amigos. Como não obtivesse melhoras procurou o C. H. S. Refere falta de apetite e dores mal difundidas, principalmente nas pernas.

Exame clínico: Lesão no dorso do pénis com os caracteres de câncro duro. Roseolas na face anterior do abdómen e cochas. Externalgia e Tibialgia presentes.

Exame direto: positivo para o treponema pallidum.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 1).

O desaparecimento das manifestações primárias e secundárias se deu 2.ª injeção.

7.º CASO: — J. V., 26 anos, feminino, branca, brasileira, casada.

Anamnese: Manchas no corpo, mormente na palma das mãos e na planta dos pés, há 5 dias. Notou há cinco dias o aparecimento como picados de pulgas (sic) pouco numerosas, generalizadas pelo corpo com maior evidência na palma da mão na planta do pé, isentas de prurido, atribuídas a uma infecção intestinal. Refere dores nas pernas e cefaléa vespertina. Interrogada não refere a aquisição de qualquer moletia venérea.

Exame clínico: sifilides papulosas no tronco, ante-braços, palma das mãos e planta dos pés. Placas mucosas nas gengivas e amigdalas. Tibialgia acentuada.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 1).

As manifestações desapareceram após a 2.ª infecção.

8.º CASO: — J. C., 40 anos feminino, branca, brasileira, casada.

Anamnese: Lesão nos genitais, pouco dolorosa, não secretante há 25 dias. Notou o aparecimento de irritação nos genitais acompanhado de um prurido, sem corrimento. Diz que há 3 meses o marido faz traamento antiluetico, após o aparecimento de uma lesão no pénis. Nega cefaléa, tibialgia e externalgia. Adenite pouco dolorosa na verilha esquerda.

Exame clínico: Constatou-se a existencia de uma lesão no grande labio esquerdo com os caracteres proprios de câncro duro. Adenite satélite inguino abdominal esquerda, couco dolorosa a palpação.

Exame direto: positivo para o treponema palidum.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 1).

A cicatrização completa do sifiloma deu-se após a 3.ª injeção.

9.º CASO: — O. M., 28 anos, masculino, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no prepucio há 5 dias. Refere que há mais ou menos 20 dias, depois de ter mantido relações sexuais, surgiu-lhe uma lesão no penis, indolor, não secretante.

Exame clínico: notou-se no sulco balano prepucial uma lesão do tamanho de uma lenticilha, de base dura, não secretante e indolor.

Exame direto: positivo para o Tryponema palidum.

Reações sorológicas: lues primária, fase pré sorológica. (quadro n.º 1).

A cicatrização verificou-se após a 1.ª injeção.

N. B. As reações sorológicas no presente caso foram feitas nos intervalos das injeções, seguidamente, até a ultima injeção de Arsenox, mantendo-se sempre negativas.

1.º CASOS — O. T., 28 anos, masculino, branco, brasileiro, casado.

Anamnese: Procurou o C. H. S. para saber se era portador de sifilis. Refere que há 45 dias passados teve lesão no prepucio que desapareceu com 6 empolas de bismuto e uma série de 6 empolas que lhe davam febre. Diz que a lesão era unica, indolor, pouco secretante. Não realizou nenhum exame de sagnue. Queixa-se de cefaléa pouco intensa, há 5 dias.

Exame clínico: Constata-se uma polyadenia nas regiões inguino abdominais.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 1).

Casos tratados com Arsenox mais 20 empolas de bismuto lipo-soluvel:

11.º CASO: — L. V., 30 anos, masculino, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesões numerosas no penis há 20 dias.

Refere que há 3 meses teve no sulco balano prepucial uma lesão do atmanho de um grão de milho, pouco dolorosa, não secretante, que com o tratamento local fechou, substituindo-se por um pequeno caroço. Há 20 dias no mesmo local, assim como na glande e em quasi todo o prepucio surgiu-lhe numerosas lesões. Refere dor de garganta, cefaléa vesperina e dores nos ossos.

Exame clínico: sifilides papulo ulcerosas no prepucio, glande e sulco balano prepucial. Placas mucosas na língua e pilares anteriores. Sífilides papulo escamosas no abdomen. Externalgia e tibialgia.

Exame direto: negativo para o Tryponema palidum.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 2).

A cicatrização das lesões processou-se entre a 3.ª e 4.ª empola.

12.º CASO: — G. N., 25 anos, feminino, branca, brasileira, casada.

Anamnese: Irritação nos genitais há um mez.

Não sabe referir quanto tempo depois de haver mantido relação sexual apareceu-lhe a referida irritação. Sabe entretanto, que seu marido acha-se em tratamento antiluetico.

Q U A D R O

	C A S O S N.os						1	2	
	A	R	S	E	N	O	X		
							0,58 ctg.	0,58 ctg.	
R. WASSERMANN:									
Antígeno de Noguchi, lipoides, insol. acetona.....							XXXX	—	XXXX
Antígeno de Orig. Behring, cér herit. sifil.....							XXXX	—	XXXX
Antígeno de Orig. Behring, hum. cholesterina.....							XXXX	—	XXXX
Antígeno de Kolmer.....							XXXX	—	XXXX
R. LLEINE :									
Com emulsão de Antígeno recente. prep.....							XXXX	—	XXXX
R. TURV. MEINICK :									
Extrac. Original ad. Apoth. concentrado.....							XXXX	—	XXXX
Extrac. Original ad. Apoth. diluído.....							XXXX	—	XXXX
R. KAHN :									
Extrac. orig. Behring 0,05 de diluição.....							XX	—	XX
Extrac. orig. Behring 0,025 de diluição.....							XXXX	—	XXXX
Extrac. orig. Behring 0,0125 de diluição.....							XXXX	—	XXXX

(*) Lues primaria fase pré-sorológica.

Q U A D R O

	C A S O S N.os						11	12	
	A	R	S	O	S	N.os			
							0,64 ctg.	0,52 ctg.	
ARSENOX mais 20 ampolas de bismuto lipo-solúvel									
R. WASSERMANN :									
Antígeno de Noguchi, lipoides, insol. acetona.....							XXX	—	XX
Antígeno Orig. Behring, cér herit. sifil.....							XXX	—	XX
Antígeno Orig. Behring hum. cholesterina.....							XXX	—	XX
Antígeno de Kolmer.....							XXX	—	XX
R. PLEINE :									
Com emulsão de Antígeno recente. prep.....							XXX	—	XX
R. TURV. MEINICK :									
Extrac. Original ad. Apoth. concentrado.....							XXX	—	XX
Extrac. Original ad. Apoth. diluído.....							XXX	—	XX
R. KAHN :									
Extrac. Orig. Behring 0,05 de diluição.....							XX	—	X
Extrac. Orig. Behring 0,025 de diluição.....							XXX	—	XX
Extrac. Orig. Behring 0,0125 de diluição.....							XXX	—	XX

D R O

N.º 1

2	3	4	5	6	7	8	9 (*)	10
etg.	0,58 etg.	0,52 etg.	0,58 et	0,58 etg.	0,58 etg.	0,58 etg.	0,52 etg.	0,58 etg.
X —	XXXX —	XXXX XX	XXXX —	XXXX —	XXXX X	XXX —	— —	XXXX X
X —	XXXX —	XXXX XX	XXXX —	XXXX —	XXXX X	XXX —	— —	XXXX X
X —	XXXX —	XXXX XX	XXXX —	XXXX —	XXXX X	XXX —	— —	XXXX X
X —	XXXX —	XXXX XX	XXXX —	XXXX —	XXXX X	XXX —	— —	XXXX X
X —	XXXX —	XXXX X	XXXX —	XXXX —	XXXX X	XXX —	— —	XXXX X
X —	XXXX —	XXXX X	XXXX —	XXXX —	XXXX X	XXX —	— —	XXXX X
X —	XXXX —	XXXX X	XXXX —	XXXX —	XXXX X	XXX —	— —	XXXX X
X —	XX —	XX XX XX	XX —	XX —	XX X	XX —	— —	XX X
X —	XXXX —	XXXX X	XXXX —	XXXX —	XXXX X	XXX —	— —	XXXX X
X —	XXXX —	XXXX X	XXXX —	XXXX —	XXXX X	XXX —	— —	XXXX X

D R O

N.º 2

2	13	14	15	16	17	18	19	20
etg.	0,70 etg	0,58 etg.	0,64 etg.	0,64 etg.	0,58 etg.	0,58 etg.	0,64 etg.	0,58 etg.
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX X
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX X
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX X
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX X
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX X	XXXX X
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX X	XXXX X
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX X	XXXX X
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX X	XXXX X
— —	XX —	XX —	XX —	XX —	X —	XX —	XX X	XX X
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX X	XXXX X
— —	XX —	XXXX —	XXXX —	XXXX —	XX —	XXXX —	XXXX X	XXXX X

Exame clínico: Lesão no grande labio direito, com os caractéres de câncro duro.

Exame direto: positivo para o Tryponema palidum.

Exame sorológico: positivo (quadro n.º 2).

O desaparecimento da lesão, deu-se após a 2.ª empola.

13.º CASO: — M. T. O., 26 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no freio há 24 dias. O aparecimento da lesão, deu-se 12 dias após ter mantido relações suspeitas. Lesão com os caracteres de câncro duro. Adenite satélite na região inguinal abdominal esquerda.

Exame direto: positivo para o Tryponema palidum.

Exame sorológico: positivo (quadro n.º 2).

O desaparecimento da lesão deu-se após a 3.ª empola.

14.º CASO: — M. P., 22 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Cefaléa verpentina e dores nas articulações e ossos, há 1 mez. Refere ter sido portador de um cavalo (cic), há 3 meses, que cicatrizou com medicação local e 6 empolas de bismuto. Há 30 dias sente cefaléas intensas, à tarde. Refere inapetencia, canceira, falta de memoria e dores pelo corpo.

Exame clínico: roseola, externalgia e tibialgia violentas. Placas mucosas na língua.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 2).

O desaparecimento das lesões deu-se após a 3.ª empola.

15.º CASO: — A. B., 25 anos, masculino, brasileiro, branco solteiro.

Anamnese: Lesão unica na região pubiana há 19 dias. Após 20 dias de ter relações suspeitas, surgiu-lhe essa lesão que tem aumentado, sendo pouco dolorosa e não secretante.

Exame clínico: Lesão com caracteres de câncro duro na região pubiana.

Exame direto: positivo para o Tryponema palidum.

Reações sorológicas: fortemente positivas (quadro n.º 2).

Cicatrização total após a 2.ª empola.

16.º CASO: — J. C., 28 anos, feminino, brasileira, branca, solteira.

Anamnese: Polakiuria e prurido vaginal, há 15 dias. Não sabe referir quando se contaminou.

Exame clínico: notou-se no meato uretral uma pequena lesão de bordos não cortados, recoberto por induto purulento, pouco doloroso.

Exame direto: positivo ao Tryponema palidum.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 2).

A cicatrização deu-se após a 3.ª empola.

17.º CASO: — F. V., 27 anos, masculino, brasileiro, branco, casado.

Anamnese: Lesão no sulco balano prepucial há 20 dias.

Diz ter surgido tal lesão, cerca de 15 dias após relações suspeitas. Não refere dor nem secreção na lesão.

Exame clínico: Lesão no sulco balano prepucial com os caracteres de câncro duro.

Exame direto: positivo para o Tryponema palidum.

Exame sorológico: positivo (quadro n.º 2).

Cicatrização após a 2.ª empola.

18.º CASO: — J. B., 26 anos masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Manchas em todo o corpo há 8 dias.

Refere qu há dois meses teve lesão na glande, que desapareceu pelo tratamento local. De um mez a esta parte, céfaléa vespertina, mal estar, inapetencia e pouca disposição ao trabalho.

Exame clínico: Sifilides papulosas, papulo escamosas em torno do corpo, especialmente no abdomen, braço, ante-braço e coxas. Pacas musosas na língua. Tibialgia e externalgia.

Exame sorológico: Fortemente positivo (quadro n.º 2).

O desaparecimento das lesões processou-se após a 4.ª empola.

19.º CASO: — F. B., 32 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no dorso do penís há 1 mez.

Conta o paciente que 18 dias depois de relações sexuais, surgiu-lhe uma lesão no dorso do penís, indolor, não secretante e do tamanho de um caroço de algodão. Alguns dias depois notou na virilha direita um tumor pouco doloroso.

Exame clínico: Lesão no dorso do penís com os caracteres de câncro duro e adenite satélite direita.

Exame direto: Positivo para o Tryponema palidum.

Exame sorológico: Fortemente positivo (quadro n.º 2).

O desaparecimento da lesão processou-se após a 3.ª empola.

20.º CASO: — C. A., 21 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Câncro sifilitico no penís já diagnosticado há 22 dias. A referida lesão manifestou-se 8 dias após relação sexual, sendo indolor, não secretante.

Exame clínico: Roseola, placas mucosas na cavidade bucal. Câncro duro no prepucio. Tibialgia e externalgia. Poliadenopatia.

Exame sorológico: Fortemente positivo (quadro n.º 2).

O desaparecimento das manifestações verificou-se após a 4.ª empola.

Casos tratados unicamente com outros arsenicais trivalentes.

21.º CASO: — O. R., 22 anos, masculino, brasileiro, preto, solteiro.

Anamnese: Algumas manchas no torax, abdomen e rosto, há 12 dias. Há 12 dias, notou o aparecimento de tais manchas, que não lhe causam prurido. Conta que há mais ou menos 5 meses teve câncro no peis que lhe foi diagnosticado como sifilitico. Com o uso de algumas empolas de bismuto, conseguiu a cicatrização da lesão.

Exame clínico: Sifilides, papulo-circinadas pouco numerosas, principalmente no torax, abdomen e face. Placas cacosas na língua e comissuras labiais. Tibialgia e poliadenopatia.

Exame sorológico: Fortemente positivo para o treponema palidum (quadro n.º 3).

O desaparecimento das manifestações se verificou após a quinta injeção.

22.º CASO: — N. D. T., 19 anos, masculino, preto, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no sulco balano prepucial há 17 dias.

Refere que depois de 15 dias de ter tido relações com mulher suspeita, surgiu-lhe no sulco balano prepucial uma lesão indolor, endurecida, não secretante. Tem usado antisépticos sem resultados.

Exame clínico: Sifiloma inicial no sulco balano prepucial. Alguns ganglios infartados na região igno-abdominal direita, moveis, duras e indolores.

Exame direto: positivo ao Tryponema palidum.

Exame sorológico: positivo (quadro n.º 3).

A cicatrização deu-se depois da 3.ª empola.

23.º CASO: — J. R. M., 26 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: dores nas articulações há um mez.

Conta o paciente que sente dores nos ossos, e nas articulações, há um mez, assim como céfala intensa entre as 15 e 16 horas. Queixa-se de inflamação nas amidalas nos últimos 2 meses. Há 5 meses teve no penis uma fogagem (sic), que desapareceu com o emprego do lapis de nítrato de prata.

Exame clínico: Ostealgia generalizada especialmente nas faces tibiais e externo. Placas mucosas nas amidalas. Pouco numerosas sifilides papulosas, mais ardentes na palma das mãos, Poliadenopatia.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 3).

As manifestações desapareceram após a 4.ª empola.

24.º CASO: — M. P. R., 22 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no prepucio há 22 dias.

Cerca de 8 dias após relações sexuais, apareceu no prepucio uma ferida (sic), secretante.

Exame clínico: Câncro duro no dorso do penes e adenite satélite pouco dolorosa.

Exame direto: positivo ao Tryponema palidum.

Exame sorológico: positivo (quadro n.º 3).

As manifestações desapareceram após a 3.ª empola.

25.º CASO: — G. J., 32 anos, feminino, branco, brasileira.

Anamnese: Lesões na língua há 2 meses.

Nada informa, dizendo nunca ter tido relações sexuais e que os seus exames de sangue em numero de 3, foram sempre negativos.

Exame clínico: Numerossíssimas placas mucosas, enchendo toda a cavidade bucal. Numerosas sifilides papulosas na vulva e abdomen. Condiloma plano perianal.

Exame direto: Negativo.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 3).

As lesões cicatrizaram após a 4.ª empola.

26.º CASO: — R. F., 18 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Numerosas lesões no penes com prurido há 30 dias.

O paciente refere que há 4 meses teve lesão no penes, que cicatrizou com o tratamento local e algumas empolas de bismuto.

Exame clínico: Sifilides papulo-ulcerosas no penes e escroto, sifilides papulosas pouco numerosas no abdomen. Tibialgia, poliadenopatia. Ganglios, sifilides papulosas pouco numerosas no abdomen. Tibialgia, poliadenopatia. Ganglios moveis, duros e indolores.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 3).

O desaparecimento das lesões, deu-se após a 5.ª empola.

27.º CASO: — M. T., 20 anos, branco, brasileiro, masculino, solteiro.

Anamnese: Lesão no pénis há 45 dias.

Não sabe quanto tempo após relação sexual apareceu a referida lesão.

Exame clínico: Lesão no freio com os caracteres de câncro duro. Externalgia e tibialgia. Adenite satélite pouco dolorosa.

Exame direto: positivo para o Tryponema palidum.

Exame sorológico: positivo (quadro n.º 3).

A cicatrização da lesão processou-se após a 3.ª empola.

28.º CASO: — C. A., 21 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Apresenta há 18 dias um câncro nas proximidades do freio acompanhado de um tumor na virilha esquerda.

Exame clínico: Lesão no sulco balano prepucial, próximo ao freio com os caracteres de câncro duro. Adenite satélite.

Exame direto: positivo para o Tryponema palidum.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 3).

A cicatrização se processou após a 6.ª empola.

29.º CASO: — R. M., 19 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Câncro no prepucio há 26 dias.

Refere o aparecimento do câncro 20 dias depois de ter tido relações com mulher suspeita.

Exame clínico: Lesão no prepucio (face externa) com os caracteres de câncro duro.

Exame direto: positivo para o Tryponema palidum.

Exame sorológico: positivo (quadro n.º 3).

A cicatrização processou-se após a 3.ª empola.

30.º CASO: — R. T., 26 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Manchas pelo corpo há 8 dias.

Refere há 2 meses uma lesão no pénis que lhe foi diagnosticada como câncro sifilítico. Tomou 2 empolas de 914 e 6 empolas de bismuto, abandonando em seguida o tratamento.

Exame clínico: Roseola, tibialgia e externalgia. Poliadenopatia. Placas mucosas na língua.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 3).

A cicatrização das lesões se processaram após a 4.ª empola.

Casos tratados com outros arsenicais trivalentes, mais 20 empas. bism. lip-sl.

31.º CASO: — J. B., masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão ulcerosa no prepucio.

Refere que há 18 dias surgiu-lhe no prepucio uma espinha (sic), que após 2 a 3 dias se ulcerou, aumentando gradativamente, apesar do tratamento local com nitrato de prata. Há 2 dias sente sensação dolorosa na virilha esquerda, constatando hoje ingua (sic), não sabe precisar quanto tempo após contacto sexualeve inicio a lesão.

Exame clínico: Lesão no sulco balano prepucial com os caracteres de câncro duro. Adenite satélite pouco dolorosa.

Q U A D R O

C A S O S N.º	21	22	N.º
O U T R O S A R S E N I C A I S T R I V A L E N T E S	5,70 grs.	5,70 grs.	6,
R. WASSERMANN :			
Antigeno de Noguchi, lipoides, insol. acetona.....	XXX	—	XXX X
Antigeno Orig. Behring, côn herit. sifil.....	XXX	—	XXX X
Antigeno Orig. Behring, hum. cholesterina.....	XXX	—	XXX X
Antigeno de Kolmer.....	XXX	—	XXX X
R. KLEINE :			
Com emulsão de Antigeno recent. prepara.....	XXX	—	XXX X
R. TURV. MEINICK :			
Extrac. Original ad. Apoth. concentrado.....	XXX	—	XXX X
Extrac. Original ad. Apoth. diluido.....	XXX	—	XXX X
R. KHANE :			
Extrac. Original Behring 0,05 de diluição.....	XX	—	XX X
Extrac. Original Behring 0,025 de diluição.....	XXX	—	XXX X
Extrac. Original Behring 0,0125 de diluição.....	XXX	—	XXX X

Q U A D R O

C A S O S N.º	31	32	N.º
Outros arsenicais trivalentes mais 20 amp. bism. lipo-soluv.	5,70 grs.	6,30 grs.	5,
R. WASSERMANN :			
Antigeno de Noguchi, lipoides, insol. acetona.....	XXXX	—	XXX —
Antigeno Original Behring, côn herit. sifil.....	XXXX	—	XXX —
Antigeno Original Behring, hum. cholesterina.....	XXXX	—	XXX —
Antigeno de Kolmer.....	XXXX	—	XXX —
R. KLEINE :			
Com emulsão de Antigeno recent. preparada.....	XXXX	—	XXX —
R. TURV. MEINICK :			
Extrac. Original ad. Apoth. concentrado.....	XXXX	—	XXX —
Extrac. Original ad. Apoth. diluido.....	XXXX	—	XXX —
R. KHAN:			
Extrac. Original Behring 0,05 de diluição.....	XX	—	XX —
Extrac. Original Behring 0,025 de diluição.....	XXXX	—	XXX —
Extrac. Original Behring 0,0125 de diluição.....	XXXX	—	XXX —

D R O

N.º 3

22	23	24	25	26	27	28	29	30
0 grs.	6,30 grs.	5,10 grs.	5,10 grs.	5,10 grs.	6,30 grs.	5,70 grs.	5,10 grs.	5,70 grs.
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XX	—	XX	—	XX	X	X	XX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX
X X	XXXX	—	XXX	—	XXXX	X	XXX	X XXXX

D R O

N.º 4

32	33	34	35	36	37	38	39	40
0 grs.	5,70 grs.	6,30 grs.	5,70 grs.	5,70 grs.	6,30 grs.	6,30 grs.	5,70 grs.	5,70 grs.
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X
X —	XX	—	XX	—	XX	—	XX	XX X XX X XX X
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X
X —	XXXX	—	XXXX	—	XXXX	—	XXX	XXXX X XXXX X XXXX X

Exame direto: positivo ao Tryponema palidum.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 4).

A cicatrização se processou após a 3.ª empola.

32.º CASO: — J. B., 21 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Manchas no abdômen e membros há 12 dias.

há 3 meses teve no pénis uma lesão diagnosticada pelo médico como câncro duro. Fez exame de sangue com resultado positivo. Tomou 3 empolas de 914 e como desaparecesse a lesão, abandonou o tratamento preconizado. Há dias notou o aparecimento das manchas referidas assim como dor de garganta pouco intensa que não cedeu com embrocações de azul de metileno. Cefaléa continua há dois dias.

Exame clínico: Sifilides papulosas nos ante-braços, palmas das mãos e plantas dos pés. Placas mucosas dos pilares anteriores. Externalgia e poliadenia mais evidentes nas regiões inguino abdominais.

Exame sorológico: positivo (quadro n.º 4).

O desaparecimento das manifestações se processou após a 5.ª empola.

33.º CASO: — N. R., 20 anos, masculino, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Ferida na glande há 3 meses.

Refere que cerca de 15 dias após contato com mulher suspeita, surgiu-lhe na região acima uma ferida pouco dolorosa, não secretante, mas rebelde ao tratamento local.

Exame clínico: lesão no dorso da glande com os caracteres de câncro duro. Gânglios inguino-crurais e inguino-abdominais, moveis, duros e indolores. Roseola visíveis no abdômen.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 4).

O desaparecimento das manifestações deu-se após a 5.ª injeção.

34.º CASO: — J. R., 30 anos, masculino, branco, brasileiro, casado.

Anamnese: Cefaléa intensa e dor de garganta há 2 meses.

Foi enviado do hospital S. P. com resultado de sangue para fazer o tratamento da sifílis (sic). Refere que há 6 meses teve um cavalo (sic) que fechou com algumas empolas de bismuto.

Exame clínico: placas mucosas das amídalas, língua e comissuras labiais. Sifilides papulosas no tronco e membros. Micropoliadenia, externalgia presentes.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 4).

O desaparecimento das manifestações se deu após a 4 empolas.

35.º CASO: — P. V. S., 25 anos, branco, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Manchas numerosas no tronco, cabeça e membros há 6 dias.

Refere câncro sifilítico diagnosticado pelo médico há 6 meses.

Exame clínico: Roseola no tronco, abdômen, rosto e membro.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 4).

O desaparecimento das manifestações deu-se após a 3.ª empola.

36.º CASO: — P. O. R., 31 anos, masculino, branco, brasileiro casado.

Anamnese: Feridas na língua e céo da boca e dores nos ossos há um mês. Nada sabe informar a não ser que há 2 anos fez exame de sangue pré nupcial, tendo resultado negativo.

Exame clínico: placas mucosas no dorso da língua e na abobada palatina. Tibialgia e externalgia. Ganglios inguino-abdominais e inguino-crurais.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 4).

O desaparecimento das manifestações se deu após a 3.ª injeção.

37.º CASO: — M. S. S., 33 anos, masculino, branco, rumeno, solteiro.

Anamnese: Dificuldade no evasuar há 20 dias.

Dis que há 20 dias vem sentindo uma queimação no anus durante as evacuações. Refere câncro duro há 4 meses, tendo desaparecido com algumas ampolas de bismuto.

Exame clínico: placas mucosas em toda cavidade bucal, roseola e condiloma perianal.

Exame sorológico: positivo (quadro n.º 4).

O desaparecimento das lesões deu-se na 6.ª injeção.

38.º CASO: — P. S. 21 anos, masculino, preto, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Refere que cerca de 15 dias após contâto com mulher suspeita, surgiu-lhe no prepucio uma ferida indolor, pouco secretante. Usou sem resultado medicações locais. Há 10 dias notou um tumor na virilha direita, pouco doloroso.

Exame clínico: câncro duro e adenite satelite.

Exame direto: positivo ao Tryponema palidum.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 4).

Desaparecimento das manifestações após a 4.ª empola.

39.º CASO: — M. S., 48 anos, masculino, branco, alemão, solteiro.

Anamnese: Manchas como picadas de mosquitos nos ante-braços e coxas há 8. dias. Refere ter adquirido câncro sifilítico há 6 meses. Fez tratamento com 914 e bismuto.

Exame clínico: Sifilides papulosas nos ante-braços, palmas das mãos e coxas. Tibialgia direita e ganglios inguino-crurais e inguino-abdominais.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 4).

As manifestações desapareceram, após a 4.ª empola.

40.º CASO: — A. E. S., 19 anos, masculino, brasileiro, solteiro.

Anamnese: Lesão no labio inferior há 1 mes.

Há um mes notou uma pequena ferida no labio, a qual não deu importância, tendo a mesma se desenvolvido bastante. Alguns dias depois os ganglios sub-mavilares se infartaram, a ponto de não poder articular bem as palavras. Não sabe referir como se contaminou.

Exame clínico: Lesão no labio inferior com os caracteres do câncro duro mais adenite satelite sub-maxilar.

Exame direto: positivo ao Tryponema palidum.

Exame sorológico: fortemente positivo (quadro n.º 4).

As manifestações desapareceram após a 5.ª empola.

RESUMO:

Os pacientes tratados com arsenicais trivalentes mais bismuto, continuam o tratamento por séries alternadas, enquanto os tratados somente com arsenicais fazem atualmente o tratamento continuo.

Pelas observações acima expostas, concluimos que o Arsenox é notável, não só como cicatrizante mas também como medicamento eficiente nas reduções das reações sorológicas quando aplicado em doses adequadas para caso. Com relação aos outros arsenicais, apresenta vantagem de provocar reações secundárias de nenhuma gravidade, o que vem facilitar o tratamento ambulatorio dos pacientes portadores de sífilis.

Triod Zambeletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfecta tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artritismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções paralueticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polisarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069
SÃO PAULO**

DR. SYLVIO COSTA BOOCK
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134

Contingências do posoperatório *

Dr. Eurico Branco Ribeiro
Diretor do Sanatório São Lucas.

Não caberia, por certo, dentro dos limites de uma simples palestra como esta a discussão detalhada dos problemas do período posoperatório. O assunto comporta a feitura de um livro. Entretanto, em meia hora de conversa despretenciosa, é possível focalizar, sob um aspecto inteiramente prático, algumas contingências que costumam preocupar o cirurgião depois das operações, no intento de divulgar ou de recordar certos expedientes de comprovada utilidade. E' certo que nem sempre os livros ou as revistas descrevem determinados recursos que só o traquejo e a experiência ensinam e impõem como medidas merecedoras de consagração. A norma usual é os clássicos repetirem o que seus predecessores apontavam como certo e só tardivamente, de regra, é que os tratados incluem as inovações decorrentes dos progressos da arte de curar. Assim, no que respeita aos problemas do posoperatório, na experiência individual de cada um existe uma série de pequeninas coisas que não se encontram nos textos e que, não obstante, são dignas de entrar para o cabedal de conhecimentos dos demais cultores da mesma especialidade. E' por isso que sem a intenção de repetir toda a complicada exposição de teorias e de métodos aplicáveis às complicações do período posoperatório, vimos aqui trazer, sem relutância, diante de um amável convite, a modesta contribuição da nossa própria observação, na certeza de que, sem repisar noções muito sabidas, podemos apresentar à crítica desta douta associação alguns aspectos da conduta que nos parece mais acertada em determinadas contingências que ocorrem depois das operações. E' certo que não vamos dizer novidades. A novidade está em reunir neste só trabalhinho uns tantos pontos de vista que havíamos encontrado esparsos e que surtiram efeito em nosso Serviço.

* Palestra realizada na Associação dos Médicos de Santos em 25 de setembro de 1943.

Para facilidade de desenvolvimento do nosso tema, vamos dividir as contingências do posoperatório em:

1. Contingências imediatas;
2. Contingências das primeiras 24 horas;
3. Contingências dos primeiros dias;
4. Contingências mediatas; e
5. Contingências tardias.

1.

As contingências imediatas decorrem da própria operação e são observadas logo a seguir. Elas dependem seja da anestesia, seja de condições peculiares ao doente, seja ainda do ato operatório em si.

a) A narcose pode ser seguida de acidentes desagradáveis, como a asfixia por queda da língua, quando, terminada a intervenção, o anestesista abandona o doente, ao envés de acompanhá-lo até despertar. O recurso aí é simples: levantar o queixo e puxar a língua. Outro descuido do anestesista consiste em deixar que o doente aspire partículas do conteúdo do vômito postanestésico. A tosse que o fato provoca pode repercutir na zona operada, às vezes com consequências indesejáveis; outras vezes, dá-se a obstrução de bronquiolos, iniciando-se processo reacional às vezes de gravidade, que pode evoluir para o abcesso; a aspiração, associada à irritação mucosa produzida pelo narcótico, favorece a eclosão de um fóco pneumônico. Assim, diante da verificação de semelhante acidente, por menos intenso que pareça, compete ao cirurgião tomar medidas tendentes a evitar uma provável complicação pulmonar: administração de sulfamidas, bal-sâmicos oleosos por via hipodérmica, citrato de sódio, Afenil, etc., recomendando ao enfermo persistência na ginástica respiratória, por mais penosa que seja nos primeiros dias.

A anestesia local pode dar manifestações lipotímidicas fáceis de coibir: cabeça baixa, tônicos cardíacos, respiração profunda.

A anestesia endovenosa por barbitúricos comumente oferece um quadro de grande agitação posoperatório, em que o doente, ainda inconsciente, se debate espetacularmente no leito, exigindo, não raro, uma verdadeira camisa de força. Em tais casos, a melhor medida é a morfina em dose forte — Sedol, Pantopon, Trivalerina n.º 2, etc.

A raqueanestesia provoca, às vezes, uma hipotensão acentuada. O fato ocorre ainda na mesa operatória, agravando-se com as mudanças bruscas da posição do doente. E' por isso que devemos evitar, durante o ato cirúrgico, a movimentação do operando. Mesmo nas laparotomias ginecológicas, convém manter a doente,

desde o início, em ligeiro Trendelenburg, ao invés de colocá-la nessa posição só em determinada fase da operação. Sempre que há mudança de posição, a pressão se altera e podem ocorrer vômitos, dificultando o trabalho do cirurgião. A hipotensão acentuada é prevenida pelos tônicos circulatórios, como o Cardiazol efdrina e o Veritol.

Mas não são essas pequenas crises do ato cirúrgico o que mais importa combater, mas sim a crise hipotensiva que muita vez sucede às manobras de transporte do doente da sala operatória para o quarto. Principalmente nas pessoas pesadas e gordas, o transporte é feito por meio de movimentos bruscos da mesa para o carrinho e do carrinho para a cama e então vai-se verificar que o pulso radial desapareceu e o doente ficou pálido e por vezes coberto de suor. Urge, então, colocá-lo de cabeça baixa, levantando os pés da cama, ministrando-lhe soro hipodérmico (1 litro) e cardiotónicos e promovendo o seu aquecimento com o cuidado de não provocar queimaduras com bolsas quentes nos membros inferiores ainda anestesiados. De regra, essa crise hipotensiva cede vagarosamente, para desaparecer por completo quando cessa a ação do anestésico.

b) Quando se trata de doentes portadores de moléstias crônicas, doentes que chegam ao cirurgião com deficiência alimentar, carentes de vitaminas, com o miocárdio comprometido, então as crises imediatas podem assumir maior gravidade e a vigilância médica precisa ser maior. E' certo que, nesses casos, um bom preparo preoperatório pode evitar ou diminuir os efeitos do choque operatório, mas não resta dúvida sobre a maior gravidade da situação. O pulso se acelera, torna-se fino, quasi imperceptível, o doente transuda abundantemente; a facies apresenta-se lívida, pálida, cor de cera; uma agitação inconsciente, a sensação de sede intensa, o esfriamento das extremidades completam o quadro. Urge entorpecer o doente, usando morfina e barbitúricos (se não contraindicados), dar-lhe soro por via hipodérmica e por via retal, fazer-lhe transfusão de sangue e de plasma, aplicar-lhe cardiotónicos cada 2 horas, promover o seu aquecimento e mantê-lo afastado do ambiente familiar, sempre demasiadamente emotivo.

Os mesmos cuidados requerem os operados de urgência, em consequência de desastres, ruptura de visceras, estrangulamento herniário, hemorragias abundantes. O isolamento das pessoas mais afastadas da família e principalmente dos amigos é medida de primordial importância, pois os comentários, as perguntas insistentes e por vezes indiscretas e as sugestões que comumente fazem ao doente, são de molde a trazer malefícios para o bom seguimento do posoperatório.

c) Além da anestesia e das condições peculiares ao enfermo, o ato operatório em si pode agravar o decurso das primeiras

horas: uma perda demasiada de sangue, seja pela natureza própria da moléstia — um bócio ou uma gravidez abdominal — seja por deficiência técnica que pode acontecer até aos mais experientes — secção de um vaso de grande calibre, escapamento de uma laqueadura importante — pode complicar seriamente o posoperatório imediato, exigindo o emprego de transfusões, plasma, em sua falta sôro gomado, cardiotônicos, sôro fisiológico em dose elevada, etc.

Um ato operatório demasiadamente prolongado também pode criar condições desfavoráveis para o posoperatório imediato, exigindo vigilância constante. Si ao médico compete acompanhar de perto êsses doentes, responsabilidade muito grande recae sobre o serviço de enfermagem, que precisa estar sempre atento ao menor sinal de anormalidade, pronto e preparado para prestar a assistência de urgência e atilado no transmitir ao operador ou médico de plantão as suspeitas de um possível agravamento de estado do doente.

2

As contingências das primeiras 24 horas merecem igualmente as atenções dos responsáveis pelo doente. Elas podem ser de diversa natureza: hemorragias, retenção de urina, dores posoperatórias, insônia, vômitos.

a) As hemorragias são relativamente frequentes e podem depender tanto do doente como da natureza da intervenção. Nos hemofílicos ela constitue u'a ameaça constante. Pode ocorrer nos que possuem aumento do ou dos tempos de sangria e coagulação, competindo ao preparo preoperatório corrigir o distúrbio evidenciado pelo exame indispensável. Nos ictéricos, igualmente, o preparo do doente deve suprir a deficiência em vitamina K geralmente existente, afim de prevenir uma possível hemorragia no posoperatório. A natureza do ato cirúrgico tem relação com a ocorrência: são possíveis e até mais ou menos frequentes as hemorragias do tubo digestivo depois das ressecções de estômago e intestino; a sua profilaxia consiste no cuidado com que devem ser feitas as suturas da mucosa, com pontos bem próximos e firmes, evitando deixar livres válvulas coniventes ou mesmo pequenas porções de mucosa. Uma laqueadura fraca ou o abandono de pequenas artérias sem ligadura também podem ser a causa de hemorragia, seja intra-cavitária, seja na parede. Em todos êsses casos, o pulso vai-se acelerando paulatinamente, á medida que se registra um abaixamento progressivo da pressão sanguínea e o doente aos poucos se torna agitado, pálido, coberto de suor, enquanto a consciência permanece lúcida, mesmo com o desaparecimento completo do pulso periférico. Nos casos de cirurgia gástrica, ocorrem vômitos sanguinolentos logo que a repleição do estômago o

impõe; as melenas são tardias e só vêm confirmar o diagnóstico e explicar o estado de intoxicação do doente pela absorção de componentes do sangue. Quando a hemorragia é na cavidade abdominal, estabelece-se de pronto um quadro de defesa muscular e a apalpação se torna penosa para o doente, havendo hiperestesia cutânea de fácil verificação. Nas hemorragias de parede também a dor local pode orientar o cirurgião; se elas ocorrem no espaço preperitoneal, podem assumir grandes proporções, por não haver, de um lado, plano resistente que as coiba.

Em todos êsses casos o bom êxito depende da presteza e preocidade do tratamento. É necessário, em primeiro lugar, fazer cessar a hemorragia. Vários são os medicamentos recomendados, mas o que nos tem dado os melhores resultados, por sua ação pronta e enérgica e pela persistência dos seus efeitos, é o preparado com a fração coagulante do veneno de cobra — a Botropase — que possui um poder antihemorrágico muito superior ao dos demais remédios existentes no mercado. Algumas vezes temos visto ceder de imediato uma hematemese com a administração de uma só empola de Botropase por via venosa. De regra, fazemos também, pouco mais tarde, outra empola intramuscular ou subcutânea, no intento de submeter o organismo por um tempo mais prolongado sob a ação benéfica do medicamento. Temos usado, também como coadjuvante, o Arremapectol por via oral. Damos, ainda, um valor muito apreciável à manobra da reinfusão repetida de sangue do próprio doente e isso se pode fazer, de maneira muito prática, na ocasião em que se vai fazer sôro ou cardiotônico intravenoso, depois de terminada a injeção e com a mesma agulha mantida dentro da veia.

b) A retenção de urina depende mais do doente do que da natureza da anestesia. Temos visto, muitas vezes, incriminar-se o tipo de anestesia pela retenção urinária, mas, na prática, o que observamos é que o próprio doente operado de abdome se excusa de contrair a bexiga, temendo as dores que êsse ato fisiológico fatalmente acarretaria. É preciso que se insista junto ao doente sobre a nenhuma consequência prejudicial do esforço que vai fazer para a micção, dizendo que as suturas são firmes e não cederão e que as dores, embora existentes, serão perfeitamente suportáveis. Se essa catequese não for suficiente, uma bolsa sobre a bexiga ou uma injeção de urotropina a 40% na veia ou simplesmente a ingestão de 20 gotas de Octirona ou Octinum ou de água medicinal com urotropina trará pelo menos uma influência psíquica capaz de realizar o efeito desejado. É certo que nas operações sobre o reto ou a vagina os curativos decorrentes podem entravar o excoamento espontâneo da urina; em tais casos o aconselhável é a sondagem de permanência por 3 a 6 dias.

c) As dores posoperatórias constituem um dos problemas que ainda não mereceram a padronização de uma conduta razoável.

De regra, o médico se limita a aconselhar paciência ao doente, dizendo que com o correr das horas as dores cessarão. E' fato, mas devemos reconhecer que o médico tem ao seu dispor recursos que podem minorar satisfatoriamente esse sofrimento. Se existem doentes que nada sentem nas primeiras horas, outros há que sofrem bastante e é justo que o cirurgião dê a êstes o alívio que está a exigir o seu sofrimento somático, agravado, quasi sempre, por um estado mental mal preparado ou sobrecarregado com uma educação mal conduzida. Os barbitúricos, aconselhados no preoperatório, têm também aqui a sua indicação, mas são de eficiência maior e menos prejudiciais os preparados baseados no fosfato de codeína, que se podem empregar sem receios, repetidamente nas primeiras 24 horas. Cumpre notar, entretanto, que para se obter um sono satisfatório na primeira noite, o recurso principal é ainda a morfina na dose de 0,02 grs. ou seus similares — Trivalerina n.º 2, Sedol, Pantopon.

d) A insônia é problema complexo, no geral limitado a uma certa categoria de doentes. Os grandes excitados, os neuropatas, ou traumatizados que sofreram grandes choques no geral não conciliam o sono na primeira noite, com grande desgaste para as suas energias vitais. Nesses casos é que tem plena indicação o uso reiterado da morfina, de molde a manter o doente com as idéias obumbradas, evitando que caia nos domínios do choque psíquico, talvez o mais terrível de todos os estados de choque.

e) Os vômitos posoperatórios são, de regra, passageiros, na dependência da anestesia empregada. Si perduram as primeiras 24 horas, cumpre dar-lhes atenção, principalmente si o doente não foi submetido a cuidadoso preparo prévio, como nos casos de abdome agudo, ou si apresentava deficiências orgânicas que não se puderam corrigir devidamente, como hepatites prolongadas e insuficiência renal, ou ainda si um estado tóxico ligado à causa da intervenção vinha agravando o prognóstico, como na estercorémia por obstrução intestinal. E' necessário, então, fazer um tratamento etiológico e racional, não só combatendo as causas possíveis — acidose, uremia, estercorémia — como também compensando as perdas de líquido e seu conteúdo mineral, pela administração seja de sôro bicarbonatado, insulina, excitantes dos emuncatórios, seja de sôro cloretado hipertônico, gota a gota retal, sôro isotônico aos meios-litros, etc.

Si os vômitos ultrapassam o período das primeiras 24 horas, outros recursos se impõem: a lavagem do estômago, a sondagem de permanência, a aspiração contínua, a própria reintervenção, si se verificar uma obstrução posoperatória precoce, por defeito de técnica, por hiperperistaltismo intestinal, por edema ao nível das suturas.

3

Entre as contingências dos primeiros dias pôdem-se contar as supurações de parede, as serosidades e hematomas, as deiscências de sutura, as chamadas complicações pulmonares, as embolias, as céfaléias, a paresia intestinal, o ileus, o tétano.

a) As supurações de parede de regra se prenunciam do 3.^o dia em diante por curva térmica característica e por persistência de dor ao nível da sutura. A instalação do processo é mais ou menos rápida, de acordo com a natureza e virulência dos germes em questão. Os anaeróbios dão agressão mais violenta e destrutiva, invadindo largamente os tecidos das vizinhanças. Outros germes provocam reação menos intensa e só tardiamente tornam patente a formação de pús. Mas a regra é que os abcessos de parede, quasi sempre provocados pelos piogênicos costumeiros — Estafilococo, Estreptococo, Bacilo coli, Pneumococo, etc. — começam a dar sinal de si do terceiro ao quinto dia, acentuando-se logo os sintomas com endurecimento das bordas da ferida cirúrgica, eritema, dor espontânea e provocada e finalmente flutuação. Nos processos profundos, às vezes precisa o cirurgião de lançar mão da punção com agulha grossa, pela própria cicatriz, afim de confirmar o diagnóstico. No geral, este é facil de fazer-se e a conduta será desfazer a sutura com uma tentacâula em extensão suficiente para o excoamento total e progressivo do pús. Basta, no geral, a abertura do foco; mas quando ha tecidos necrosados, a sua remoção se impõe e o uso de sulfanilamida, vacinas locais tipo Piolóco e antisépticos como o hipoclorito de sódio pode ser de utilidade.

b) As serosidades e hematomas dependem da região operada (frequentes na região inguinal), da adiposidade do doente (nas pessoas gordas ocorrem com frequência), dos cuidados do cirurgião (desprezo por certos vasos) e do próprio tipo de anestesia (a local expõe mais às hemorragias da parede). Em tais casos, basta o recurso das punções reiteradas. Por vezes, porém, o cirurgião é obrigado a novamente levar o doente para a mesa operatória afim de ligar uma artéria que persiste jorrando. Já tivemos a necessidade de recorrer à transfusão de sangue para coibir os efeitos de uma hemorragia de parede, que se fora processando sorrateiramente e ia consumindo uma laparotomizada.

c) As deicências de sutura ocorrem por defeito de técnica e então cumpre evitá-las, ou decorrem de complicações outras como as tosses reiteradas, a distenção abdominal por meteorismo exagerado, ou ainda dependem do próprio doente, seja pelo seu estado de desnutrição, que não permite consolidar-se a cicatriz, seja por esforços decorrentes de inquietação ou de temor, como já

tivemos a oportunidade de observar, ao retirar os pontos de agrafe de uma criança, dando-se a evisceração imediata. A profilaxia dessa complicação é feita por uma técnica aprimorada das suturas, emprego de fios inabsorbíveis nos doentes anemiacos e desnutridos, proteção na retirada dos pontos de doentes que estão com tosse ou com distensão abdominal, cuidados especiais no tratar de crianças e pessoas puerilíndimes. O tratamento consiste na sutura secundária que se pode fazer com anestesia local e na qual pontos separados de seda, de crina, de algodão ou de linho devem ser empregados.

d) As chamadas complicações pulmonares posoperatórias têm uma etiologia ainda discutida. Ou é a hipoventilação pulmonar ou a agressão microbiana pura ou uma simples congestão ou a manifestação anafilática da polipeptidemia ou a retenção de muco ou o que seja, o certo é que, de regra, a complicação não se mostra com os característicos clássicos da pneumonia médica. A dispneia, a pontada inicial, a dor persistente, a temperatura alta, os calafrios, a expectoração a princípio escassa logo depois cor de tijolo podem não faltar, mas é acidente que na maioria das vezes cede em poucos dias mediante a administração de cálcio endovenoso (Afenil preferivelmente) vitamina C em altas doses, cardiotônicos, água citratada à vontade, associando-se, se preciso, poções expectorantes e calmantes da tosse — Codoforme, Eupectona, Ipecopan, Belacodid, etc. Com o advento das sulfanilamidas os resultados terapêuticos são ainda mais prontos: o Dagenan concorre poderosamente para a rápida regressão dos fenômenos pulmonares; pode ser usado em comprimidos de 4 em 4 horas ou, nos operados de estômago ou naqueles que logo manifestam sinais de intolerância gástrica, por meio de clister na dose de 1,0 gr. em 50 a 100 cc. de água morna duas a três vezes por dia.

e) A embolia pulmonar é complicação que se inscreve num capítulo à parte. Vem, geralmente, alguns dias depois da intervenção, como consequência da mobilização de um trombo, às vezes com o primeiro grande esforço do doente ao levantar-se do leito, às vezes sem motivo evidente. Assesta-se preferentemente na base do pulmão direito e é em grande porcentagem de casos inicialmente mortal, seja porque atingiu larga área, seja pelo choque circulatório que provoca, seja pelo reflexo nervoso inhibidor sobre órgãos vitais. Quando o doente resiste as primeiras horas do insulto, o caso pode ser salvo e, então, cumpre evitar novas complicações, como a infecção do foco, o abcesso pulmonar, a falência cardíaca. A expectoração mostra desde logo sangue rutilante e a hemoptise se prolonga por cerca de vinte dias. O primeiro cuidado será acalmar a dor com morfina e auxiliar o coração, entrando depois com a desinfecção das vias aéreas pelos sais de prata, vacinas apropriadas como o Gorgelóco, sulfamidas e eliminadores da secreção brônquica.

A embolia da coronária determina uma crise dramática mortal e os recursos curativos praticamente não existem. A embolia da pulmonar tem sido operada de urgência, raras vezes com sucesso.

f) As cefaléias que possam perturbar o posoperatório são as que decorrem da raqueanestesia; são por vezes insistentes e bastante molestas. O recurso mais eficiente até hoje empregado consiste em manter o doente em decúbito dorsal com a cabeça baixa, sem travesseiro, mantendo mesmo a cama com a cabeceira abaixada. A água bidistilada endovenosa, a efetonina, a codeína e a cafeína dão resultados apreciáveis, porém inconstantes, no combate à moléstia da raquecentese. O tempo, contudo, faz desaparecer as suas desagradáveis consequências.

g) A paresia intestinal é de ocorrência frequente nas grandes manipulações viscerais e nas operações traumatizantes. O sôro de cavalo na cavidade peritoneal, o uso da prata coloidal no ato operatório, a administração reiterada de cloreto de sódio hipertônico por via venosa são medicamentos básicos da profilaxia da distensão gazosa. Quando ela se instala, como resultante de um desequilíbrio nervoso ou como consequência de uma peritonite em curso, alem de se recorrer a êsses mesmos recursos, cumpre usar, também, os excitantes do peristaltismo (a Prostigmine, a Pituitrina, o Pitressin, o Tanaceto, etc.) e os antifecciosos (sôro anti-coli-perfringens, sulfanilamidas, vacinas, prata coloidal, etc.). Pequenos clisteres de água cloretada ou de prata coloidal podem ser úteis. Quando o ileus se instala, então êsses recursos devem ser usados mais a miúdo, lançando-se mão, também, e o mais preconizável, da aspiração contínua pelo método de Wangenstein, com o que geralmente se evita o recurso extremo da reintervenção para a derivação externa pela enterostomia, cecostomia ou colostomia. Quando a peritonite se instala, as autotransfusões de sangue irradiado têm dado sucessos surpreendentes.

h) O tétano é ocorrência rara, mas gravíssima, no posoperatório do doente de abdome. O lógico seria a extinção do foco, que deve estar assentado entre as suturas do tubo digestivo; ter-se-ia que refazer a intervenção, eliminando todas as superfícies cruentas da operação anterior. O uso do sôro específico em altas doses, o clister reiterado de bicarbonato de sódio, o cloral, o sulfato de magnésio, os barbitúricos são medicações indicadas. Nos casos em que se presume esteja sendo o Clostridium tétani estimulado por processo supurativo, convém substituir o sôro pelo Prevensôro, que age tanto contra a intoxicação tétânica quanto contra a dos outros anaeróbios patogênicos. Nos casos de tétano obstétrico, a histerectomia se impõe. Como medida profilática, a vacinação à Vincent merecia mais ampla divulgação nos meios civis, como corolário do largo uso que dela se está fazendo em alguns dos exércitos em luta.

As contingências mediatas do posoperatório podem ser, definidas como aquelas que soem ocorrer depois que o doente deixa o hospital ou que se protelam depois da sua alta hospitalar. Entre elas podem ser apontadas as fistulas operatórias, as cicatrizações retardadas de feridas cirúrgicas, a reeducação do doente, o regime alimentar.

a) O problema das fistulas apresenta aspectos diversos conforme a sua natureza e sede. As fistulas digestivas baixas tendem à cicatrização espontânea e exigem apenas cuidados de limpeza e proteção da pele; as fistulas altas do intestino, inclusive as do duodeno, oferecem o perigo de conduzir o doente à inanição; elas podem fechar-se sem o recurso de nova intervenção, mediante entubação ileal de demora por via nasal, às vezes só pela superalimentação, mesmo por vias naturais; a intervenção só se justifica nos casos resistentes, mas só passados vários meses da instalação do acidente. As fistulas gástricas são menos rebeldes e de regra cedem em poucos dias. As fistulas das vias biliárias também tendem ao fechamento espontâneo; si persistem é sinal de obstrução à jussante, sendo então necessária a desobstrução seja pelo alcool-éter associado à trinitrina nos casos de litiasi, seja por nova intervenção, principalmente si se trata de obstrução cicatricial ou extrínseca. As fistulas urinárias também às vezes exigem novas operações, mas a regra é a sua cura espontânea, a não ser nos casos de fistula vésico-vaginal, em que a intervenção terá que ser feita meses mais tarde, com prévio preparo adequado. Em todos êsses tipos de fistula, a proteção da pele adjacente constitue um dos problemas mais enervantes, porque quasi todos os recursos se mostram ineficazes, dependendo o seu efeito satisfatório de cuidados especiais de quem se encarrega dos curativos. Em tais casos, temos alcançado marcante sucesso com o emprego de uma pasta mole com base de alumínio metálico em pó finíssimo, dêsse que se usa nas tintas prateadas. Dez gramas de pó de alumínio são misturados em 30 de pomada, comumente de óxido de zinco, fluidificando-se com 10 a 20 grs. de óleo de oliva. Uma tal pasta adere à pele e mesmo às superfícies cruentas, si bem enxutas, protegendo-as assim contra a ação irritante dos líquidos que saem das fistulas. As fistulas de parede são às vezes menos rebeldes ao tratamento clássico pelos antisépticos e instilação de solução de nitrato de prata a 5-10%; nas fistulas pleurais quando há cavidades residuais cheias de tecido fungoso, impedindo a cicatrização, o emprego de lavagens com cloreto de zinco é recurso que não deve ser esquecido.

b) As cicatrizações retardadas de feridas cirúrgicas dependem, por vezes, da persistência de infecção e da retenção de cor-
36)

pos estranhos, assim como, também, do estado de desnutrição do organismo. Combatida a infecção, retirados fios de sutura inabsorvidos ou inabsorbíveis, removidos os tecidos necrosados, cumpre dar alimentação adequada e suficiente ao doente, não descuidando o emprego de vitaminas, seja nos alimentos, seja na própria ferida. Entre os recursos que apressam a cicatrização, deve-se lembrar, como entre os mais eficientes, o óleo de fígado de bacalhau, o óleo de halibute e sucedaneos, embebendo largamente as superfícies cruentas.

c) A reeducação do doente deve ser preocupação obrigatória do operador no posoperatório mediato. Muitos doentes permanecem por meses e até indefinidamente como sobrecarga social, afastados do trabalho temporária ou definitivamente, só porque não receberam uma reeducação apropriada logo que deixaram o hospital. Em traumatologia essa é uma verdade de verificação corriqueira. O abuso que se fazia de massagens mal orientadas ou deixadas ao critério dos próprios doentes quando não entregues a leigos ignorantes é o responsável por uma infinidade de incapacidades parciais permanentes que não teriam ocorrido si ao doente fossem mostradas as conveniências de uma mobilização ativa, por certo penosa, mas sempre mais fisiológica e de resultados finais indiscutivelmente melhores. Certos temores dos doentes, quanto a exercícios físicos e quanto ao exercício de suas respectivas profissões devem ser desfeitos para que a sua atividade normal volte a ser exercida em tempo oportuno, sem maiores perdas para a economia social. Há doentes que perdem sua capacidade para exercer a profissão de que viviam; a esses, cumpre orientá-los na aquisição de um novo meio de vida, que não venha comprometer a sua saúde ou que seja compatível com o novo estado do seu organismo. Conselheiro no geral respeitado, o médico pode então exercer papel de capital importância social.

d) O regime alimentar é cuidado que merece a orientação do operador. Há doentes que abusam dos alimentos mal se "vêm livres" da comida do hospital, passando a ingerir o que lhes apetece; há outros que, pelo contrário, fazem severas restrições por conta própria, protelando no posoperatório um regime dietético que talvez já lhe tivesse sido prejudicial antes de ser operado. Estes são os mais perigosos e os que mais necessitam dos conselhos médicos; aqueles logo sentem as consequências indesejáveis do seu abuso e passam a refrear sua sanha culinária ou então correm ao médico para solicitar a descurada recomendação dietética. Temos visto doentes que voltam ao Serviço três ou quatro meses depois de operados em estado de desnutrição, com emagrecimento progressivo, enervados, incapazes de exercer as suas atividades costumeiras, só porque entenderam de prorrogar por tempo ilimitado o regime alimentar que lhe havíamos prescrito para as primeiras semanas do posoperatório. No geral, as re-

comendações do médico não ultrapassam o primeiro mês. Mas nos litíásicos há alimentos que devem ser definitivamente proscritos; nos hepáticos, o regime alimentar deve durar vários meses, com restrições condicionadas pelas próprias reações do organismo; nos operados de estômago e duodeno, a alimentação deve ser conduzida por etapas, de sorte a gradativamente reintegrá-los no trivial consagrado pelos nossos costumes tradicionais.

5

As contingências tardias do posoperatório são aquelas que só se patenteiam passados meses, às vezes anos depois da intervenção, criando novos problemas, como os decorrentes de bridas e aderências, eventrações laparotômicas, existência de corpos estranhos.

a) Todos os que fazem cirurgia têm ciência da gravidade que pode assumir a complicação tardia de uma obstrução intestinal por velhas bridas ou aderências operatórias. Ora são casos agudos de uma hernia interna exigindo pronta intervenção com todos os seus perigos para o doente e dificuldades técnicas para o operador; ora são obstruções crônicas, que vão solapando o organismo e terminam em crise, quando a estercosemia já venceu todas as resistências orgânicas, criando um estado degenerativo da fibra cardíaca, incapaz, assim, de arcar com o trabalho vital que então lhe é exigido. A tática e a técnica do cirurgião são postos à prova. Por mais atilados e fundamentados que sejam, de regra quem sofre é a reputação profissional diante da palavra leiga dos parentes do doente, seja incriminando a tentativa salvadora, seja incriminando o autor da primeira intervenção. Por isso tudo, o ideal seria eliminar a formação de aderências; tal idéia nem sempre é possível; há, entretanto, medidas profiláticas de comprovada eficiência. A suave manipulação das vísceras é uma delas; a boa peritonização das superfícies cruentas é outra. Entre os recursos medicamentosos, a prata coloidal tem sua indicação nos casos de infecção da serosa; a vaselina e a parafina líquidas dão granulomas e nem sempre apresentam os resultados satisfatórios desejaveis; a heparina tem sido ensaiada com bons prenúncios; em nosso Serviço temos recorrido, ultimamente, à solução hipertônica de glicose, cujas virtudes os experimentadores têm exaltado.

b) As eventrações laparotômicas constituem um velho tema muito debatido e muito conhecido. Elas são inevitáveis quando há larga drenagem. Na drenagem por sonda fina muitas vezes elas não sobrevêm. E' esse um recurso profilático digno de nota, principalmente se usado fóra de ferida cirúrgica através de uma boteira feita a propósito. Outro recurso profilático consiste na

execução cuidadosa das suturas, evitando a interposição de tecido adiposo. Quando instaladas, as eventrações podem ser sumamente molestas e mesmo perigosas, pelos traumatismos e aderências a que sujeitam as vísceras. No tratamento, alguns autores, têm obtido resultados alentadores com a ginástica sueca bem conduzida, capaz de, em certos casos, tornar desnecessária a intervenção cirúrgica. Mas, de regra, a volta do doente à mesa operatória é o que se impõe.

c) Por fim, a presença de corpos estranhos deixados na intervenção pode-se tornar tardiamente molesta. E' o caso dos fios e placas de contenção óssea. O seu papel já foi desempenhado e, si estão provocando disturbios, a sua remoção se torna necessária. A tendência cada vez mais evidente de se substituir por material absorvivel — tendão de cangurú, por exemplo — os fios e placas metálicos inabsorviveis, opõe-se hoje em dia, a título de novidade, a tendência de se empregar o fio de algodão, material inabsorvivel, em toda a alta cirurgia. E' cedo ainda para se consagrar como de utilidade e despida de maiores inconvenientes essa nova orientação da cirurgia moderna, que, sob o bafejo da experimentação e sob o pretesto de impôr uma medida econômica, está tentando abalar os alicerces do conceito clássico da não inocuidade dos corpos estranhos. A despeito do entusiasmo com que vai entrando na prática diária dos grandes centros cirúrgicos, o uso do fio de algodão, da tão trivial e prosaica linha de coser, merece as nossas reservas, mesmo porque já tivemos a oportunidade de reintervir em uma doentinha em que tinham usado esse material de sutura e corria por conta dele a existência de uma fistula que já perdurava por mais de três meses.

Eis aí, prezados colegas, um relance sumamente prático, a visão cinematográfica de um conjunto de contingências que podem ocorrer no posoperatório. Certamente outras há, que foram postas de lado, mas numa conversa ligeira como esta cumpria apenas focalizar os problemas que mais de perto ou mais comumente nos tocam. Si com a exposição simples e sincera da nossa experiência pudemos trazer algo de util e de interesse, desde já nos confessamos intimamente compensado pelo sacrifício de impor aos vossos ouvidos complacentes o desagrado de uma palestra como esta.

Endereço: Caixa Postal, 1574

PANTOFEDRINA

Especifico da coqueluche

LABORATÓRIO PHARMA * Rua da Glória, 715

Introdutor da ERITHRINA CRISTA-GALLI no tratamento da coqueluche, apresenta seu novo preparado

PANTOFEDRINA



PUREZA E EFICÁCIA



BALSOFORME
CLOROFÓRMIO SPÉCIA
ÉTER ANESTÉSICO RHODIA
KELENE GERAL



SCUROCAINE
KELENE LOCAL
STOVAINE

CORRESPONDÊNCIA:  C. POSTAL 2916 - S. PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSAO DE 1.º DE SETEMBRO

Presidente: Dr. Roberto Oliva

Aspecto radiológico da blastomicose óssea — Dr. Rafael Lima Filho — O autor estuda o aspecto radiológico das formas ósseas da "Blastomicose brasileira" mais exatamente, da granulomatose para coccidiode. Salienta inicialmente a conveniência no emprego da terminologia exata, como fator importante no melhor estudo da moléstia. Baseado na observação de casos agudos, sub-agudos e crônicos, procurou demonstrar o paralelismo entre estes tipos evolutivos e os quadros radiológicos correspondentes e chegou às seguintes conclusões: nos casos agudos, resultado de disseminações hematogênicas, lesões numerosas, geralmente simétricas, puramente destrutivas, no seio do tecido ósseo são, mostrando pre-dilação pelo tecido óssea espontâneo das epífises, metáfises e re-

giões imediatamente vizinhas às cartilagens de conjunção: casos sub-agudos ao lado das lesões destrutivas, surgem processos de reparação óssea, constituídos por peiostite osteogênica; nos casos crônicos, intensa esclerose óssea ao redor dos focos destrutivos, os quais apresentam limites irregulares, neo-formação ósteo-perióstica muito intensa, modificando até a forma do segmento atingido. Estuda a seguir o diagnóstico diferencial com a tuberculose e sifilis ósseas, a ósteo-mielite e o mieloma múltiplo, concluindo pela possibilidade de fazer-se radiologicamente o diagnóstico de granulomatose para-coccidiode, com quasi certeza, nos casos agudos devendo sempre acudir essa hipótese ao espírito do radiologista nos casos crônicos. Ilustra o seu trabalho com dispositivos e radiografias.



Laboratorio de HORMOTHERAPIA

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL. 4-6462

Hormoplacentino

12 ampolas de 1 c.c.

Sangue de animal sadio em adiantada gestação, livre de substâncias anafiláticas, ativado com extractos mamários e placentários.

Estimulante da nutrição geral, determina quando injetado, um considerável aumento do leite. Frieza sexual da mulher. Perturbações da menopausa.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Vicente Lara

O problema cárdo-articular — Dr. Luiz V. Decourt — Inicialmente, diz o A. que, convidado para falar na Secção de Pediatria, escolheu, de propósito, como tema, o reumatismo poli-articular-agudo, dado o grande interesse que desperta entre os clínicos e pediatras. Assinala que nessa moléstia tudo é duvidoso ou desconhecido, desde o nome até a terapêutica; a denominação comumente utilizada, de "reumatismo poli-articular-agudo", envolve, na realidade, quatro afirmações que nem sempre se positivam. Outras denominações propostas, também, não podem ser felizes num terreno onde, ainda, tantas dúvidas são encontradas. Assim, o A. prefere a de "moléstia cárdo-articular" de Marañon, dizendo que esta, pelo menos, focaliza os dois órgãos mais lesados. A seguir, discorre longamente sobre o assunto, focalizando o conceito e os princípios mais úteis para a clínica, analisando-os através da sua experiência pessoal, bastante grande nesse ponto.

Comentário: — Dr. José Paulo Marcondes de Sousa — Em primeiro lugar, felicito o prof. Décourt pela sua brilhante conferência, pedindo depois a explicação para um dos pontos citados. Assim é, que, no começo, o prof. Décourt afirmou que preferia classificar o reumatismo poliarticular agudo, como se fosse uma moléstia crônica, mas, durante o decorrer da palestra, ele se referiu várias vezes a surtos agudos da moléstia. Além do mais, no inicio desta afecção, quasi sempre encontramos febre que é um sintoma de afecção aguda. Ainda mais, quando são atacadas as articulações, temos sempre um quadro de artrite aguda e não crônica. Desejava esclarecimentos a este respeito.

Dr. Uzeda Moreira: — No que diz respeito à etiologia do reumatismo poliarticular agudo é desconhecida e é melhor considerá-la como tal, pois que a teoria infética alérgica defendida pelo prof. Décourt, é ainda muito discutida. Atualmente, todo mundo fala em alergia, que serve para explicar quasi tudo: asma, eczema, urticária, taquicardia, paroxística, enxaqueca, epilepsia, glomerulonefrite, crises de cólicas hepáticas e até mesmo hemorragias cerebrais. Ha talvez um exagero em tudo isso, como muito bem acentua o prof. Anes Dias.

Quanto aos sinais precoces de reumatismo nas crianças, o prof Décourt falou citando autores americanos, na importância da palidez, hemorragias nasais, anorexia, faringites e amigdalites. Ora, quasi todas as crianças apresentam estes sintomas no seu desenvolvimento, de modo que a importância dada a estes fatos como prenunciadores de um reumatismo na criança, me parece ser um exagero dos citados autores. O que é fato, é que as estatísticas não demonstram uma incidência assim tão grande de reumatismo nas crianças que tiveram aqueles acidentes.

Quanto às manifestações cardíacas, relativamente ao sopro da chamada insuficiência mitral, os alemães não dão grande valor e o serviço militar não faz objeção em aceitar os recrutas que apresentem um sopro sistólico na ponta, desde que não tenham outras manifestações mórbidas além deste sinal.

Parece que o salicilato não tem ação para evitar o acometimento cardíaco.

O sinal electrocardiográfico do reumatismo cardíaco, culminando

com o bloqueio aurículo-ventricular, nesse caso, o aumento do espaço P-R, tem um valor extraordinário, mas os clínicos nem sempre dão a este sinal o valor que ele merece. O aumento do espaço P-R, é um sinal que, depois do período agudo da moléstia, fala eloquente a respeito do prognóstico.

O uso dos derivados do ácido salicílico, a aspirina por exemplo, muitas vezes dá resultados favoráveis. Estudos americanos demonstraram o valor do clima, principalmente a ação maléfica do frio. Tanto assim que nos lugares de clima quente, existe, nos Estados Unidos, sanatórios especiais para receber os reumáticos.

Dr. Luiz da Rocha Azevedo: — Aproveitei bastante a verdadeira aula que o prof. Décourt acaba de nos dar, tendo aprendido muita cousa completamente nova para mim. Para completar o que aprendi desejava que o prof. Décourt me esclarecesse os seguintes pontos. Na lesão endotelial do coração, devido ao afastamento das células endoteliais deposita-se fibrina. Esta primeira fibrina que se deposita é considerada já como um processo alérgico? ou apenas a fibrina que fica entre as células do SRE, é que representa a reação alérgica?

O prof. Décourt falou sobre a ação do piramido. O piramido age sómente sobre a lesão cardíaca ou também sobre a lesão articular? De nossa parte, estamos acostumado a usar o piramido apenas como analgésico.

Outra questão que me deixou em dúvida, é sobre o conceito de paralergia. Ante este fato, o doente, terá sobre a sua cabeça, eternamente uma "espada de Damocles" uma vez que os traumas capazes de desencadear os fenômenos de paralergia, são bastante comuns e ocorrem diariamente. Quasi que de nada adiantaria por exemplo uma amigdalectomia, pois se esta causa paralérgica é afastada, o mesmo não acontecerá com inúmeras outras que estarão sempre

presentes, como por exemplo o frio.

Dr. Arnaldo C. Sandoval: — Desde que hoje se está considerando o reumatismo poli-articular agudo como uma doença com grandes reações alérgicas, deveríamos então, além da medicação clássica tão conhecida, fazer a desensibilização em série, utilizando o desensibilizante de acordo com a sensibilidade individual. Poderíamos tentar ainda a auto-hemoterapia com o sangue arterial. A vantagem do sangue arterial é incontestável, restando apenas o perigo das arterites por punções constantes. A propósito, devo lembrar que as vacinas arteriais têm sido utilizadas com frequência, sem grandes danos para as artérias puncionadas.

Dr. José de Paula e Silva: — Em primeiro lugar, chamou-me a atenção o fato de ter o prof. Décourt apresentado o reumatismo como uma doença essencialmente geral e alérgica, havendo portanto durante o seu desenrolar, manifestações generalizadas do SRE. Eu então faria uma pergunta, que pode à primeira vista parecer absurda: na disposição anatômica do SRE, existe 2 fatos capitais: em primeiro lugar, o sistema é disperso por todo o corpo e, em segundo lugar, outra particularidade interessante, de que 25% desse sistema, está no baço outros 25% nos órgãos hematopoiéticos e o restante 50% pelo restante do organismo: ora, tendo este sistema todo, de uma maneira geral, funções comuns, pergunto se o baço e o sistema ósseo não teriam também reumatismo uma vez que de acordo com o prof. Décourt, o reumatismo é uma afecção que ataca predominantemente o SRE.

Dr. Vicente Lara: — Tão seguro estava de que seria brilhante a conferência do ilustrado docente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que, na qualidade de presidente desta Secção, apressei-me a convidar largo grupo de ami-

gos para virem ter o prazer de ouvi-lo.

Entre êles, encontra-se uma pleia de colegas de diferentes Estados da União: Baia, Pará, Santa Catarina e Distrito Federal, que atualmente seguem o curso de Saúde Pública ministrado pelo Instituto de Higiene. São os nossos convidados de honra.

A presença destes preizados confrades, em nossa reunião de hoje, se já não fôra pelo prazer de sua companhia, justificava-se plenamente por ser, a doença reumática, um problema de vultuosa transcendência e que tanto interessa ao clínico como ao sanitário.

Em abono do que afirmo basta citar que nos programas norte-americanos de assistência médico-social à infância, esta soturna infecção, ocupa posição de primeira plana, tão elevado é o número de vidas que ela sacrifica e tão prejudiciais são as avarias que ela causa à saúde da criança.

Sem a menor contraditória, a sua frequência não alcança, entre nós, o alto percentual que se comprova na Europa, nos Estados Unidos e mesmo na parte sul do nosso continente, como sucede, por exemplo, na Argentina e no Uruguai.

Todavia, com isso não se pode pretender, também, que seja uma raridade. A cada passo, na rotina diária, depara-se-nos, na criança, o seu vestígio indelével que, na quasi totalidade das vezes, estigmatiza-a por tôda pereanidade. Refiro-me à cardite reumática.

Em julho de 1942, realizou-se, no Rio de Janeiro, uma Conferência de Reumatologia e, nesse certame, diversas foram as teses apresentadas que versaram sobre a Moléstia de Bouillaud.

Dos debates ai travados, uma verdade elementar ficou apurada. E' que desconhecemos a frequência da incidência da doença reumática em nosso País. Entre as sugestões aventadas para obviar êste inconveniente, figura a de Je-

suino Albuquerque, que propôs que se cuidasse da possibilidade de tornar a infecção reumática uma das infecções, em que se faz compulsória a notificação.

E com vistas ao objetivo de fazer face a êste flagelo social foi fundada, recentemente, a Liga Brasileira contra o Reumatismo.

Estes poucos fatos citados, entre numerosos outros que poderiam ser arrolados, são provas frisantes do que acabo de assinalar quanto à significação médico-social do reumatismo e explicam a razão de ser dêstes comentários iniciais.

Como sucedeu aos colegas que acabam de fazer uso da palavra, a sua bela dissertação, sr. prof. Décourt, me sugere algumas ponderações que, com a data vénia, me animo a enumerar. Em primeiro lugar chamou-me a atenção o fato de ter insistido sobre a idade de seus pacientes, frisando que todos êles eram maiores de 5 anos. Quanto a êsse fato, penso que não possa haver grandes dúvidas. Sabemos que o reumatismo é excepcional aquem daquela idade e que é, justamente, a partir dêsse limiar que êle começa a fazer-se mais achadizo.

As dôres de crescimento constituem, como muito bem foi lembrado, uma causa frequente de erro, se não as tiver em apreço, ao cogitar-se do diagnóstico diferencial.

Embora haja quem impugne a sua existência, importa, sempre muito, que a distinção seja feita; porquanto sabemos que, no caso das algias serem um epifenômeno do crescimento, o prognóstico é invariavelmente benigno; ao passo que êle será de natureza reservada, quando elas forem de origem reumática.

A diagnose diferencial, a par dos sinais clínicos, tem que se apoiar, como bem observou o prof. Décourt, na curva leucocitária, na hemosiderinação, no número de batimentos cardíacos, na temperatura, etc.

Ocorre-me citar, a êste respeito, uma tese de conhecido autor in-

glês, que, estudando os fatores suscetíveis de engendrarem os fenômenos dolorosos, rotulados de dôres de crescimento, põe em realce a humidade da temperatura ambiente, demonstrando a estreita relação, durante o transcurso de um ano, entre os dias chuvosos e o aparecimento das referidas dôres, nas crianças londrinhas.

Em determinado ponto da exposição aludi, o prof. Décourt, à existência de nódulos reumáticos, em alguns dos seus pacientes. Estou vivamente interessado em saber o que pensa sobre a frequência destes nódulos, em nossa cidade. Eu tenho a declarar que, em 15 anos de prática diária da especialidade, jamais consegui evidenciá-los, por mais que os buscassem nos doentinhos de reumatismo que tenho cuidado. No entanto, farteime de vê-los na Europa e agora, recentemente, nos Estados Unidos. Vi casos curiosíssimos que sempre despertavam muito a minha atenção, porque sempre os considerei como excepcionais, aqui, em São Paulo.

Falou-se durante a conferência e durante os debates, por mais de uma feita, da fibrilação auricular. Tenho a dizer que ao que me parece, este acidente, felizmente, é raro no decorso da cardiopatia reumatural. Afirmam os mais experientes que ela se reveste sempre de aspecto muito grave, implicando em prognóstico extremamente sombrio.

Quanto ao emprêgo do salicilato de sódio, cumpre-me repetir o que aqui disse, há algum tempo atrás, ao dar a conhecer as minhas impressões de viagem à América do Norte.

Tanto nas clínicas europeias como nas norte-americanas, pelo menos nas que tive oportunidade de frequentar, não se atribue ao salicilato de sódio outra virtude que a de lenitivo rápido e imediato das dôres.

Das diversas teorias que se propõem esclarecer a sua ação medicamentosa, há uma, que acredita que ele atue como agente desen-

sibilizador. Este ponto de vista, talvez, se preste para dirimir das dúvidas levantadas por um dos colegas que me precedeu nesta parte de comentários.

Um ponto em que o acôrdo parece ser unânime é o que o salicilato não previne, nem tão pouco cura as lesões cardíacas. Não obstante, há como todos nós sabemos, quem afirme o contrário. Apenas para ilustrar este ponto de vista, hoje, considerado ortodoxo, invoco o nome de Mórquio, uma das grandes figuras da pediatria sul-americana, que, em publicação de alguns anos atrás, baseado em seu tirocinio, defendia, com veemência, o postulado de que não só o salicilato previne como também cura a cardite reumastimal.

Um dos grandes elementos de sucesso para a cura, é prolongar a convalescência afim de evitar as recaídas ou novas recidivas. Embora, tenha entrado, em declínio, a fase aguda da doença, a criança deve continuar ser mantida em repouso, enquanto subsista a infecção. A extensão dessa convalescência será proporcional ao período de duração e à gravidade das manifestações clínicas.

Considera-se, hodiernamente, esta fase de post-tratamento de tão grande importância quanto à primeira. Nos Estados Unidos, ela é, habitualmente, feita em estabelecimentos de repouso consagrados especialmente a este objetivo, isto é, instituições que se esforçam por devolver as crianças à vida, nas mais perfeitas condições de saúde possível.

Este descanso não é realizado nas enfermarias ordinárias, em razão, de um mesmo leito não dever ser retido por muitos meses por um mesmo doente. Além do mais, sem levar em conta os inevitáveis traumas psíquicos, acresce persistir sempre o perigo das infecções accidentais, tão frequentes nos meios hospitalares.

Espalhados pelos diferentes Estados americanos há vários tipos desses estabelecimentos, que se

denominam "foster-homes", "convalescent-homes", "sanatoria", "residential-homes", etc. Em alguns deles, cuida-se, exclusivamente, da parte da assistência propriamente dita; enquanto, em outros, ao lado da assistência, são facultados meios de ensino, afim de evitar que os reumáticos venham ter grande retardamento pedagógico pela impossibilidade em que se encontram de frequentar a escola.

Em relação ao valor profilático da sulfanilamida e seus derivados, quero unicamente ponderar que, segundo a opinião mais geral, ela se mostra inoperante como recurso profilático. No entanto, o seu emprego tem sido tentado, com algum êxito, nas crianças já reumáticas, com o intuito de evitar novas recidivas.

Com esse fito, tem sido administrada uma dose variável de sulfanilamida, fracionada em diversas vezes, durante alguns dias, por ocasião da estação invernal, em que são mais frequentes as infecções respiratórias. Os resultados alcançados não autorizam, ainda, um juízo em definitivo; todavia, são animadoras as suas expectativas.

Finalmente quero agradecer ao prof. Décourt, em nome da Secção de Pediatria e em nome da sua mesa, em particular, a formosa e erudita exposição com que nos entreveu durante a primeira parte desta noite.

Desejo recordar, que esta tribuna não é privativa dos colegas inscritos na Secção de Pediatria, que ela é, também, sua, porque passamos, a partir desse momento, a considerá-lo como um dos nossos.

Dr. Luiz V. Décourt: — Antes de tudo, agradeço aos colegas a atenção com que ouviram a minha palestra, e também as palavras amáveis em torno do presente trabalho.

Ao dr. José Paulo Macondes de Sousa, devo dizer que o reumatismo é, antes de tudo, uma afecção crônica entrecortada de surtos agudos. A febre, nem sempre

existe no início, sendo, mesmo, mais comuns, os casos em que o começo é desapercebido. A maioria dos casos de estenose mitral, em adultos, não apresenta passado reumático anterior; antigamente, descrevia-se um quadro considerado como de estenose mitral congênita, mas hoje está provado que quasi todos os casos, são de origem reumática. O valor do conceito de moléstia crônica com surtos agudos, está justamente na obrigatoriedade do "controle" clínico persistente, em doentes aparentemente livres de infecção.

Ao dr. Uzeda Moreira que considerou um exagero atribuirem-se os casos de afecção reumática cardiovascular, à alergia, tenho a dizer que esta é a hipótese predominante no momento, porque com ela conseguimos explicar perfeitamente com bases experimentais, todos os casos.

Ora, uma hipótese verdadeira é aquela que explica com acerto todas as possibilidades. O nódulo de Aschoff, pode não ser uma reação específica, mas é uma manifestação indiscutivelmente alérgica, muito semelhante aos granulomas dos vasos, que também são fenómenos alérgicos. Quanto ao fato da palidez, da anorexia, etc., serem considerados como sintomas precoces do reumatismo, na infância, não há dúvida que, de fato, são sintomas muito vagos, e não há autor que diga o contrário, pois é um fato evidente e reconhecido, mas quero de novo chamar a atenção dos colegas para a sua frequência no reumatismo. Creio pessoalmente, que uma boa orientação na prática, exige que toda a criança pálida, com insuficiência em ganhar peso, desde que não apresente um motivo plausível para isso, seja submetida aos exames de hemo-sedimentação e à contagem leucocitária, para se apurar uma infecção reumática, clinicamente frustada. Quanto à terapêutica, estou de acordo com o colega: a aspirina, é um derivado salicílico de grande valor, pelo menos sintomático. Não estudei a

influência do frio, pela mesma razão que não analisei a humidade, o contágio, etc., porque, no curto prazo da palestra procurei focalizar os fatos que julguei mais importantes, em nosso meio. Entre nós as diferenças de temperatura, não são muito grandes, de molde a serem tão valiosas na afecção reumática. Logicamente é um fator que deve ser levado em consideração nos países de inverno rigoroso. Quanto ao mais, vejo que o colega está de acordo com as minhas idéias.

O dr. Rocha Azevedo, chamou a atenção para a fibrina depositada nas erosões entre as células do epitélio cardíaco. Esta fibrina, pode representar um substrato alérgico inicial, pois o processo é inicialmente endoervalvar, mas neste caso, será também uma fibrina mixta, já que uma dela seria depositada mecanicamente. Quanto ao piramido, a sua ação é semelhante à do salicilato; só pode agir sobre a fase exsudativa aguda. Vejo também que o colega aprendeu perfeitamente o problema e as possibilidades dos surtos. De fato, a retirada das amigdalas e de outros focos de infecção, não impedirá sempre, o aparecimento de novos surtos. Em todo o caso, com aquela intervenção, teremos eliminado um grande foco produtor de novas reações hiperérgicas.

O dr. Sandoval, referiu-se à terapêutica anialérgica, lembrando o tratamento do reumatismo por uma desensibilização. Isto já foi tentado, mas este tratamento, que é lógico ante a patogenia do processo, não poderá ser benéfico quando já se tenha atingido a fase de proliferação celular, com formação de nódulos de Aschoff. A regressão do processo se torna então impossível. E' o mesmo que se passa na glomérulo-nefrite aguda difusa; uma vez cronificado o processo, qualquer terapêutica anti-alérgica se torna inútil, pois as formações histológicas que surgem, são reversíveis. Assim sendo o tratamento antialérgico só seria útil, no inicio da fase alérgica.

Ao dr. Lara, devo agradecer as palavras amáveis, além da oportunidade que me proporcionou de fazer, nesta noite, uma palestra diante de uma assistência tão ilustre. Ele se referiu à relação entre a idade e reumatismo. De fato, nossas observações são concordes em admitir que o reumatismo, é excepcional antes dos 5 anos de idade. Entretanto, vários casos já foram assinalados, nos recém-natos, mormente com mães em fase aguda da moléstia. Quanto aos nódulos subcutâneos, são bastante raros entre nós. Folgo muito que o dr. Lara também tenha verificado este fato. Em perto de 50 casos de reumatismo poliarticular agudo, (na fase aguda), só 5 ou 6 vezes, tive ocasião de observar estes nódulos. Quanto à terapêutica, é ainda a questão mais discutida do reumatismo. Danielopoli, acha que se devem administrar 25 grs. de salicilato por dia. Com este método, dito "salicil-alcalino" pretende ter evitado alterações cardíacas. Na Argentina, Bullrich advoga o uso intratetal da solução isotônica de salicilato. Seriam 23,30 grs. diárias. Da análise do quadro histológico do reumatismo, ressalta o septicismo terapêutico atual. A medicação pode agir apenas sobre a fase edematoso, exsudativa. Para mim a melhor terapêutica para o coração, é o repouso, que se deve prolongar, às vezes, por um ano ou mais.

Estudo clínico-cirúrgico de um caso de macrogenitosomia com puberdade precoce, por tumor da região da glândula pineal — Drs. J. A. de Mesquita e Carlos Gama — Os AA. fizeram uma rápida e esquemática síntese das funções da pineal na escala zoológica, analisadas em experiências em pintos. Consideram a seguir o desenvolvimento do homem, desde a germinação até a puberdade, demonstrando como são as funções pineais principais no embrião e progressivamente menos importantes até que na puberdade entra a pi-

neal em involução, muitas vezes demonstrada pela sua calcificação.

Consideram as alterações somáticas e morfológicas, oriundas dos distúrbios da glândula e analisam as modificações de caráter neurológico que as várias formações próximas podem emprestar ao quadro clínico quando atingidas.

Apresentam e documentam um expressivo caso de macrogenitosomia com puberdade precoce em menino de 10 anos, exhaustivamente analisado sob os pontos de vista clínico, neurológico, psicológico, hematológico, mielográfico, radiológico, ventriculográfico, oftalmológico, otorrinolaringológico e de vários aspectos bioquímicos, conduzindo a um diagnóstico de tumor da região pineal cuja existência foi demonstrada em precisa intervenção cirúrgica, com sobrevivência do paciente, mas sem alteração da moléstia, dado tratar-se de tumor inextirpável.

Comentários: — Dr. Luiz da Rocha Azevedo — O caso apresentado deixou-me maravilhado, sendo digno de nota o diagnóstico de certeza, feito. Gostaria entretanto de ventilar alguns aspectos da questão que me pareceram mais interessantes.

O dr. Gama falou em sua exposição em um tumor da região pineal e não propriamente da glândula pineal. Assim, a impressão, que se tem então, é de que a pineal em si, pouco influiu na sintomatologia. Gostaria de saber se os tumores da pineal apresentam idêntica sintomatologia ou se apresentam algum dado a mais. A pesar dos dados experimentais, tém-se a impressão, que este tumor deu sintomatologia mais pela compressão da região.

Um caso muito interessante relacionado com o presente, é o da moléstia de Albright em que crianças de 4 a 5 anos, têm uma puberdade precoce completa, manchas marrons na pele e osteoporoze. Há um caso do Chile, no qual se verificou que os sintomas tinham relação com o estado da

hipófise. Já na moléstia de Cushing, que aparece na puberdade, os fatos se complicam mais, pois a moléstia pode ser tanto devida à hipófise, como à corteza suprarrenal como aos ovários. Além disso, o quadro é acompanhado de hipertensão. Com a tomada da idade óssea, ventriculografia, etc., talvez o diagnóstico possa ser facilitado. A idade medular, é um dado interessante talvez capaz de orientar o diagnóstico. Estamos acostumados a ver no serviço do prof. Mesquita Sampaio que a tomada destes dados para os casos de disfunção tireoideana, orienta o diagnóstico principalmente quando há dúvida sobre a veracidade do metabolismo. Gostaria de ouvir maiores detalhes sobre as possibilidades da idade medular, no sentido de orientar o diagnóstico diferencial.

Dr. Uzeda Moreira: — Antes de tudo quero felicitar o dr. Gama e Mesquita Sampaio, pelo seu belo trabalho. Pensei de inicio, que tivesse sido retirada a pineal, e como esta operação tem uma alta incidência de mortalidade, mais de 75 %, julgava ser um brilhante sucesso, ante o bom êxito operatório obtido. Entretanto, como acabo de ver pelo presente trabalho, a pineal não foi retirada no presente caso.

A pineal tão bem conhecida do ponto de vista de suas relações e localização, é entretanto uma glândula da qual pouco se sabe relativamente às funções. Descartes dizia ser a séde da alma. Sabemos que a pineal dos pássaros, pode ser facilmente retirada e fazendo-se esta operação em pintos, verifica-se que crescem os testículos; os esporões e a crista; a esse respeito, outros experimentadores, fazendo a mesma experiência, nada obtiveram... Quanto ao tratamento pelo extrato de pineal em ratos, verificou-se que, depois de muitas gerações, havia várias modificações para menos quanto ao crescimento. Entretanto, também este fato não foi constatado por outros autores. Assim sendo, afirmar-se que a pi-

neal tem esta ou aquela função, principalmente quando se refere ao ser humano, é muito bonito, mas nada de positivo se pode afirmar.

Há também casos de tumores da pineal, que se desenvolvem sem macrogenitosomia. Foi aventada a hipótese para se explicar estes casos, de que aqui se trataba apenas de compressões da região da pineal. Acontece, porém, que os fatos são completamente controvertidos; assim, uma macrogenitosomia com puberdade precoce, só é possível no sexo masculino, acompanhada às vezes de um aumento da região mamária e de adiposidade generalizada. As funções da glândula pineal são conhecidas, assim diz Grollman.

Dr. Rui Faria: — Desejo apenas um esclarecimento: qual foi o resultado do exame anátomo-patológico da peça cirúrgica retirada?

Dr. Armando de Arruda Sampaio: — O doentinho apresentava modificações no seu comportamento, tendo manifestado agressividade, ao lado de deficiência intelectual, progressiva. Assim, seria de grande interesse elucidar o modo pelo qual os processos tumorais repercutem sobre a atividade psicológica dos seus portadores, como no caso presente.

Dr. Mesquita Sampaio: — Já foi explicada pelo meu distinto colega dr. Carlos Gama, o motivo de minha ausência aqui, quando do início da apresentação do trabalho e assim endosso o que por ele foi dito. Entretanto, chego a tempo, para assistir aos comentários que, em torno dêle, foram feitos, e muito me honra a atenção com que os colegas o consideraram.

Ao dr. Uzedo Moreira, devo responder, dizendo que se atentasse para o título do nosso trabalho veria que com a sua apresentação, não pretendíamos absolutamente fazer digressões em torno das tão discutidas funções da pineal, mas tão somente, e peço licença para assim repetir o título do trabalho e fazer alguns comen-

tários: "Considerações clínico-cirúrgicas sobre um caso de macrogenitosomia com puberdade precoce por tumor da região da glândula pineal". Primeiro, entretanto, para os interessados, apraz-me dizer que Gladstone, resume o estudo da pineal em um alentado volume, Nobel trata do assunto experimentalmente, para não citarmos Marañon e muitos outros, que falam exhaustivamente sobre as funções da pineal; tudo isso porém, não constitue absolutamente, o nosso objetivo aqui. O que pretendíamos era submeter a esta doura assembléia de especialistas o nosso caso.

A pineal, pela sua constituição e pela sua involução, toma uma disposição tal, que a sua transformação histopatológica é o próprio testemunho de suas funções "in vivo". Ainda, através de suas conexões com a região hipofisária, se pode deduzir grande número de sintomas que a sua patologia provoca. No presente caso, o tumor pela sua sede, justifica perfeitamente a sintomatologia acusada em virtude da compressão das regiões vizinhas. Assim o paciente apresentava nistagmo, puberdade precoce, e outros sintomas que já devem ter sido referidos pelo dr. Gama, e que decorrem da compressão feita pelo tumor nas suas vizinhanças. O presente caso, foi estudado amplamente do ponto de vista clínico, radiológico e cirúrgico e tanto pelos fenômenos de compressão, como funcionais, ele realizou bem a síndrome de tumor da pineal. O tumor era inextirpável, assim a biópsia feita não foi suficiente para a elucidada completa da natureza do tumor em si.

Do ponto de vista mental, como muito bem referiu o dr. Arruda Sampaio, são dignas de registro, neste caso, a perversão e a homossexualidade, ressaltando-se entretanto, que se tratava de um indivíduo normal, até aos 7 anos de idade.

Com estes comentários, pretendo conseguir redimir a minha ausê-

cia no início desta sessão, e ao mesmo tempo, trazer a minha colaboração. Peço agora ao dr. Paula e Silva que nos apresente aqui os seus dados sobre os estudos hematológicos que realizou neste caso, e que muito o ilustram. Quanto à intervenção cirúrgica realizada, foi uma craniotomia exploradora, perfeitamente justificável, conforme também a opinião do prof. Aloisio de Castro que assistiu a intervenção.

Dr. José de Paula e Silva: — Peço licença para recordar alguns fatos de ordem geral, que condizem o estado funcional da medula óssea. Os órgãos hematopoiéticos, sofrem uma evolução que se inicia desde a vida intra-uterina. Quando estas funções se iniciam, a vida hematológica do animal muda completamente e assim no 3.º mês quando aparecem as funções do fígado, tireóide e hipófise, todos os órgãos hematopoiéticos começam a funcionar. Estudos clássicos vieram demonstrar que, em idades diferentes, os órgãos hematopoiéticos sofrem uma evolução, que corresponde a uma involução, que é muito mais nítida ainda na medula óssea. Estes processos degenerativos se passam da periferia para o centro, e assim a medula óssea realmente ativa nos indivíduos adultos, está colocada em ossos particularizados, principalmente o esterno, tanto assim que, com uma punção esternal, se pode julgar da capacidade de formação de novas células. O estudo da migração dos elementos formados, do órgão central para a periferia é também muito interessante.

Quando chega a puberdade os órgãos mileoides estão praticamente formados e várias causas podem produzir a sua involução ou a sua evolução dando-lhes formas e funções diferentes. Em determinados casos como no hiperpituitarismo encontramos uma medula que está aquém da idade do indivíduo. Em uma grande série de casos de endocrinopatias diferentes fizemos o estudo do comportamento hematológico nelas e

constatamos por causa ignoradas que a medula óssea destes indivíduos corresponde à de um indivíduo adulto. No presente caso, da comparação da idade do indivíduo com a sua idade óssea, pode-se concluir pela presença de um piñeloma.

Dr. Arnaldo C. Sandoval: — Desejava saber se o paciente em questão apresentava alguma modificação psíquica post-operatória, o que é de máxima importância, principalmente, considerando que já existem métodos cirúrgicos, tentando a cura das doenças mentais com intervenções pouco lesivas, principalmente na região anterior.

Dr. Vicente Lara: — Poucos são os estudiosos de nossa especialidade que se não mostram seduzidos pelos palpitantes e múltiplos temas científicos que dizem respeito à adolescência.

A pediatria tem interesses muito vivos nessa significativa quadras da vida, em que tão bruscas e tão nítidas metamorfoses se celebram, quer na esfera física, quer na esfera mental.

Sou de opinião que o pediatra pelo seu pendor e pela sua integral identificação com a especialidade, que pode ser definida, segundo Mya, como o estudo da fisiopatologia do crescimento, se acha credenciado, do que o clínico geral, para estudar, investigar e tentar resolver os problemas médicos que se nos deparam nesta idade.

Por assim pensar, vejo motivo todo especial em congratular-me com os prezados e ilustrados professores Carlos Gama e Mesquita Sampaio, por terem honrado esta assembleia com a apresentação d'este curioso e singular caso de maturidade sexual precoce.

A observação dos autores é tão rica em controles de todos valores e toda sorte, que rouba, em parte, ao auditório o prazer de ter a possibilidade de comentá-la com alguma propriedade ou originalidade. Dizer alguma coisa, depois das observações dos comentaristas que me precederam, se-

ria repetir, sem mérito maior, o que acaba, com tanta erudição, de ser exposto.

Só um céitico poderia pôr em dúvida um diagnóstico feito nessas condições.

Com o fito exclusivo de traduzir o meu entusiasmo e trazer o meu aplauso e o meu louvor é que tomo a palavra.

Somente uma ponderação me animou a fazer e ela vale como que uma elucidação a uma das indagações que acaba de ser feita. A macrogenitosomia precoce de origem pineal é sabidamente quasi que o apanágio do sexo masculino; enquanto que, nas meninas, ela, quasi sempre, é de origem cártilcosuprarrenal e, algumas vezes, de natureza ovariana.

Desejo outrossim, que me permitam uma sugestão. A casuística desta síndrome é tão parca e esta explêndida contribuição é tão valiosa que penso que não deveriam deixar de divulgá-la no estrangeiro. Publicá-la, sómente, em nossa língua, seria fatalmente privá-la de merecida e maior repercussão, cingindo-a ao nosso pequeno meio.

Mesquita Sampaio está de parabens por ter, com o seu penetrante senso clínico de consumado endocrinologista, posto em evidência, de modo tão sugestivo, todos os elementos e episódios da síndrome que permitiram, destarte, a feitura do diagnóstico inequívoco de uma endocrinopatia verdadeiramente excepcional.

Por razões não menores, assiste-me o direito de render a Carlos Gama, as justas homenagens que lhe são merecidas. A sua contribuição não é menos notável, maxime, por tratar-se de uma intervenção que os mais autorizados operadores reputam de extrema gravidade. Silencioso nobremente sobre a sua invulgar perícia, Gama, revela-se muito mais modesto do que pede o seu grande renome.

Em nome dos meus colegas e da mesa em particular, quero externar aos professores Carlos Gama e Mesquita Sampaio os nossos vivos agradecimentos por terem

aquiescido, de maneira tão obsequiosa, ao convite que lhes foi enderocado, de vir realizar esta notável e brilhantíssima comunicação, que profunda impressão causou a todos nós.

Dr. Carlos Gama: — Com a chegada e comentários do dr. Mesquita Sampaio, elucidou-se completamente a nossa comunicação. No preâmbulo da comunicação, chamamos a atenção para algumas das funções da pineal, mas o fizemos com absoluta frieza de detalhes pois não era esta a parte integrante do trabalho.

Ao dr. Luiz Rocha Azevedo, devo dizer que os tumores da pineal podem ser divididos nos seguintes grupos: cistos, colestatomas (que não dão sintomatologia própria), teratomas, pineoblastomas (que são os verdadeiros tumores da pineal) e pinealomas. O que nos interessa, principalmente neste caso, não são os tumores da pineal propriamente, mas sim os chamados tumores da região pineal.

Ao dr. Uzeda Moreira, já foi explicada a minha aparente despreocupação pelas funções da pineal. Na idade juvenil, o máximo que podemos encontrar quanto à glândula, é sua função inhibitória em relação à hipófise. A hiperfunção pineal em adulto só existe teoricamente.

Quanto à pergunta do dr. Rui Faria, eu já tive ocasião de dizer que o aspecto do tumor no lugar em que se encontrava, era o de um peritelioma, conforme foi reconhecido pelo seu aspecto anatômico.

Ao dr. Armando Arruda Sampaio, tenho a dizer que a biópsia foi muito pequena, pois o espaço para efetuá-la entre as duas veias de Galeno é por demais reduzido, e o exame anatomo-patológico, revelou tratar-se de tecido pineal normal.

Ao dr. Mesquita Sampaio, co-autor deste trabalho, agradeço as considerações.

Ao dr. Sandoval, tenho a informar que as alterações do psiquismo, parecem estar mais em relação com o lobo pré-frontal.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLASTICA,
EM 18 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Mário Otoni Rezende

Odontologia de guerra. Papel do dentista militar — Dr. Mário Graziani — Discorrendo sobre a importância da odontologia de guerra, nos tempos atuais, o dr. Mário Graziani traça, de inicio um paralelo entre a organização dos serviços de odontologia na guerra passada e a na atual conflagração. Os exércitos modernos dispõem de eficientes serviços odontológicos; entretanto, a criação desses serviços é antiga. Já em 1617 Woodal, na Inglaterra, chamava a atenção para a alarmante proporção de enfermidades buco-dentárias no exército inglês, a qual clamava por uma urgente assistência odontológica. Em 1676, já se escrevia sobre os métodos odontológicos no tratamento dos ferimentos de guerra da mandíbula. Em 1816, publicavam-se trabalhos sobre os ferimentos buco-máxilo-faciais no decorrer da batalha de Waterloo. Ainda na Inglaterra, em 1821, fundava-se o primeiro serviço odontológico militar, e, em 1860, estabelecia-se um curso de cirurgia bucal no programa da Escola Médica do Exército. Entretanto, frisa o conferencista, em todos os países, somente a trágica necessidade e a experiência, fruto da guerra de 1914, fez com que se desse muito maior importância à odontologia militar. Assim é que, em 1914, já se publicava, na Alemanha, o importante tratado de Schroeder e Willinger, sobre os serviços odontológicos nos campos de batalha.

O corpo expedicionário dos Estados Unidos, quando enviado para lutar em solo francês, na última grande guerra, contava com um cirurgião dentista para cada 500 homens. Desde então, esse país tem estado na vanguarda no setor odonto-militar. No inicio da guerra atual, somente o Corpo Odontológico da Reserva, do exér-

cito dos Estados Unidos, contava com 5.000 dentistas, número este que tem aumentado, à medida que as necessidades das tropas aumentam.

Diz o conferencista ter ouvido e lido muitas vezes que quem veio a primeira Grande Guerra foi o Serviço de Saúde do Exército francês, com suas gigantescas atribuições de recuperar os soldados feridos e devolvê-los para a linha de frente. Pois bem; foi esse mesmo serviço de saúde o primeiro a possuir um serviço de odonto-estomatologia bem organizado. E o que foi a contribuição dos dentistas militares para o êxito das suas atividades contam-nos muito bem os jornais e as revistas médicas e odontológicas da época.

A guerra era de trincheiras, dentro das quais viviam milhares de soldados, nas mais deficientes condições higiênicas. Consequência lógica desse gênero de vida foi a falta de higiene bucal, acompanhada por sua vez de suas consequências: instalava-se toda classe de enfermidades buco-dentárias. Esses fatos tornaram-se alarmantes diante do grande número de baixas nas fileiras. E em 1915, uma grande epidemia de estomatite de Vincent e de transtornos gastro-intestinais, entre as tropas, obrigou os exércitos aliados a tomarem providências energéticas, ampliando cada vez mais, os serviços de estomatologia.

A seguir, fala o dr. Graziani sobre as modernas organizações dos serviços odontológicos de campanha, inclusive da organização brasileira, a qual foi moldada pela do Serviço de Saúde francês. Com efeito, nossas autoridades militares, numa prova evidente de que não descuram da nossa eficiente preparação militar, nem bem declarava o Brasil guerra

aos seus agressores, já o Ministério da Guerra, por intermédio do Serviço de Saúde do Exército, organizava numerosos cursos de emergência para dentistas civis, com a finalidade de instruir os cirurgiões dentistas brasileiros nos misteres da cirurgia de guerra, tornando-os aptos para bem cumprir seus deveres para com a pátria, tão pronto seus serviços se tornarem necessários. E, recentemente, o sr. presidente da República assinou um decreto-lei autorizando os profissionais, que concluíram os referidos cursos, a ingressarem no quadro de oficiais do corpo de saúde.

O dr. Graziani fala, a seguir, sobre o papel do cirurgião dentista nas campansas terrestres, na marinha e na aeronáutica. Discorre sobre a responsabilidade enorme que pesa sobre os componentes dos serviços de saúde, tanto médicos como dentistas, principalmente numa guerra como a em que estamos empenhados, em que um golpe de envergadura pode ser desfechado a qualquer momento, nos mais imprevisíveis setores e na retaguarda, no coração mesmo das grandes cidades.

Em todas as guerras, inclusive na de 1914, as granadas e as balas causaram menor número de vítimas do que as enfermidades e as infecções. Mas, em virtude dos extraordinários avanços das ciências médicas, na guerra atual, as doenças têm causado muito menores danos que os ferimentos de guerra, quer entre as tropas, quer entre as populações civis. Nesta segunda guerra mundial, os serviços de saúde necessitam, antes de mais nada, de cirurgiões.

Na primeira guerra mundial, os ferimentos da face e dos maxilares eram os mais numerosos, isso devido às condições particulares da guerra de trincheiras, onde a cabeça é a parte mais exposta. Nesta segunda conflagração não se pode dizer que elas sejam menos numerosos, embora tenha havido uma verdadeira revolução na arte de guerrear.

Passando em revista os modernos agentes vulnerantes, fala o dr. Graziani sobre as armas de hoje, as quais são muito mais mortíferas. Atualmente não se verifica, praticamente, ferimentos por baionetas, espadas ou lanças, sendo que, em geral, os ferimentos são produzidos por projeteis de fuzil ou de armas automáticas ou por estilhaços de obuses, de artilharia ou de avião. Faz uma série de interessantes projeções, mostrando exemplos de ferimentos dos maxilares, na guerra atual e na guerra passada, discorrendo sobre os cuidados de emergências que se devem ter para com os referidos ferimentos. Todos os métodos modernos para tratamento desses ferimentos são expostos, demonstrando o conferencista grande conhecimento da matéria. Também a protése restauradora buco-maxilo-facial é objeto de brilhante exposição, tendo o conferencista projetado numerosos casos de perda de substância da face e dos maxilares, restaurados por meios protéticos.

Logo que se iniciaram os bombardeios aéreos de Londres, na famosa batalha da Inglaterra, verificou-se a falta de postos dotados de recursos odontológicos, onde os feridos pudessem receber os necessários cuidados de emergência. Mas quando, no começo de 1940, os jornais de Nova Iorque noticiavam essa falta e transmitiam um apelo de Sir Harold Gillies, o grande cirurgião plástico que chefiava, na capital inglesa, os serviços de socorros de emergência, os dentistas americanos prontamente atenderam a esse apelo. Sir Harold Gillies necessitava de ambulâncias odontológicas, equipadas para prestar socorros urgentes durante os bombardeios. Fundou-se nos Estados Unidos um comitê, constituído por associações odontológicas de todos os recantos do país, obtendo-se em pouco tempo, os fundos necessários. E em maio de 1940, embarcava para a Inglaterra a primeira ambulância odontológica, equipada com completo ar-

senal odontológico de urgência, com todo o necessário para atender aos ferimentos máxilo-faciais, principalmente os casos de fraturas, tais como aparelhos de immobilização e contenção, e instrumental cirúrgico e protético para essas intervenções.

Após nova série de projeções, o dr. Graziani finaliza sua conferência, concitando todos os profissionais especializados a estudar com afinco, para que, na hora em que os primeiros brasileiros tombarem nos campos de batalha, estejam aptos para bem cumprir sua nobilitante missão.

Comentários: — Dr. Rebelo Neto — Tenho só que louvar a palestra que o dr. Graziani acaba de fazer, onde demonstrou possuir grandes conhecimentos do assunto. Devo dizer que aprecio principalmente a parte final, em que ele relatou como Gillies conseguiu na Inglaterra, a colaboração eficiente dos cirurgiões dentistas. Mas, quer me parecer que, no nosso meio, o cirurgião dentista, mesmo muito culto, não se encontra na altura de dar tratamento eficiente a casos de ferimentos faciais, nem de tão amplos mistérios. Creio que a ação do cirurgião dentista, em tempo de guerra, já é bastante considerável e mesmo que ele não se afaste da sua esfera, já terá muito a fazer, não tendo tempo para se dedicar a outros assuntos.

Dr. Mário Otoni Rezende: — Não havendo mais quem queira se manifestar sobre a magnífica palestra que acabamos de ouvir, quero dizer alguma coisa sobre o meu modo de compreender o assunto. O dr. Graziani demonstrou possuir magníficos conhecimentos médico-cirúrgicos da zona bucomáxilo-facial, e o seu trabalho foi muito bem recebido, não só no meio dos cirurgiões dentistas como também entre os médicos que se dedicam à cirurgia da boca.

No presente trabalho, ficou demonstrada, claramente, a necessidade de uma maior cooperação que

deve o odontologista dar aos serviços especializados das lesões de guerra da boca e vizinhanças. A parte de prótese, propriamente dita, deve estar ligada à habilidade do cirurgião dentista, que com ela lida facilmente, sem chegar entretanto à execução de operações de maior vulto como as que se referem por exemplo às lesões traumáticas dos tecidos moles da face em extensão. Com esta orientação o dentista estará dentro de seu campo, auxiliando grandemente o especialista da cirurgia facial.

Já tive ocasião de dizer anteriormente ao dr. Graziani que discordava também com ele no mesmo ponto de vista aventado pelo dr. Rebelo Neto. Concordo que para a maioria dos cirurgiões dentistas em nosso meio, muito embora o ensino odontológico tenha sido aperfeiçoado nos últimos tempos, é muito difícil a execução da cirurgia facial mais especializada, e creio mesmo que poucos são os especialistas que conseguem fazer o que o dr. Graziani faz. Portanto, ficando o dentista dentro de sua especialidade, trabalhando em cooperação com o cirurgião plástico ou geral, creio que será o ideal.

O dr. Graziani demonstrou, em sua palestra, conhecimentos absolutamente modernos a respeito de cirurgia de guerra, particularmente no que se refere à cirurgia facial. Expor claramente os cuidados com que os cirurgiões devem lidar com os ferimentos faciais, sobretudo com as partes moles, onde qualquer retalho, por pequeno que seja, desde que esteja em boas condições, deve ser poupado, pois são da maior importância plástica. Assim, espero que os ensinamentos, hoje ministrados pelo dr. Graziani, sejam bem aproveitados pelos srs. especialistas, que devem estar preparados para uma condição de emergência no momento atual.

Dr. Mário Graziani: — Eu agradeço, sinceramente, as honrosas referências e os comentários que acabo de ouvir. Entretanto, quero

crer, houve uma falta de compreensão por parte do dr. Rebelo Neto e do sr. presidente em certo ponto da minha palestra. Eu me referi a "dentistas especializados". A cirurgia geral não é praticada pelos médicos em geral, mas pelos médicos cirurgiões. O mesmo acontece na odontologia: a cirurgia é praticada pelos profissionais nela especializados. E essa aliás, a orientação do Ministério da Guerra que está atualmente preparando um certo número de dentistas, familiarizando-os com a cirurgia buco-máximo-facial de guerra, em numerosos cursos da emergência.

Algumas considerações em torno das sinusites nas crianças — Dr. Jorge Fairbanks Barbosa — O A. inicia por chamar a atenção dos colegas para a importância do assunto de que se ocupa. Faz ver que, embora muito frequentes, as sinusites nas crianças não têm merecido devidamente, a atenção dos especialistas. Expõe o desenvolvimento dos seios para-nasais, durante os primeiros anos de vida. Estuda alguns aspectos anatômicos e fisiológicos, procurando, daí deduzir noções de importância na compreensão da sintomatologia e orientação do tratamento. Estuda a ocorrência das sinusites infantis, entre 23.000 doentes, examinados no Ambulatório de Otorrinolaringologia da Santa Casa, sob a orientação magistral do dr. Mário Otoni Rezende. Estuda, demoradamente a sintomatologia, basando-se em 90 casos, dos quais, 20 foram tratados sob seus cuidados. Em seguida entra no terreno da terapêutica, batendo-se pelo tratamento conservador. A cirurgia só deve ser indicada na impotência do conservativismo. Expõe aos seus colegas a conduta terapêutica que tem seguido e os resultados satisfatórios que obteve. Termina com a apresentação de algumas observações, ilustrando-as com a projeção de chapas radiográficas obtidas antes e depois do tratamento. Agradece finalmente a atenção dos

colegas e, em especial, a do sr. presidente, a quem deve seu modesto trabalho, não somente pela sugestão do tema, como ainda pelo estímulo com que o levou a estudá-lo.

Comentários: Dr. Roberto Oliva — Nada tenho a dizer em torno do trabalho do dr. Fairbanks Barbosa, senão que foi brilhante. Nele foram considerados todos os aspectos das sinusites nas crianças e o seu autor chamou a atenção particularmente para o pequeno número de sinusites encontradas em cerca de 20.000 doentes examinados no serviço. E' de se presumir, que muitos dos casos não foram diagnosticados, o que é explicado pelo grande número de doentes, acarretando uma sobrecarga de serviço que torna impossível um exame acurado de todos. Há pouco tempo, lendo um trabalho inglês sobre as sinusites em crianças, verifiquei que em um hospital de Londres não especializado, foram autopsiadas no decorrer de um ano, 230 crianças, e destas 30 % apresentavam sinusites supurada.

Quero pedir permissão, para agora expor um ponto que não ficou bem explicado no presente trabalho. Quando o autor se referiu ao fator tosse, encarando-o como um dos sintomas que as crianças apresentam quando acometidas de afecções das vias aéreas superiores; isso foi explicado por meio de uma excitação das paredes da faringe; não é propriamente esta excitação leve da faringe que provoca a tosse, mas sim as secreções dos seios que descem até aos brônquios, dando a bronquite sinusal, que, muitas vezes, passa como uma bronquite crônica ou muitas vezes, de natureza tuberculosa. Entretanto, feito, o diagnóstico de sinusite é tratada esta afecção, desaparecem estes sintomas, que são, além de clínicos, também radiologicamente perceptíveis. Pedia assim que o dr. Fairbanks Barbosa reconsiderasse este ponto no seu trabalho pois assim o mesmo ficaria a meu ver, livre de qualquer crítica.

Dr. Paula Assis: — Quero dizer apenas algumas palavras em homenagem ao dr. Fairbanks Barbosa. Acho que deveríamos dar muito mais valor do que se faz atualmente aos sintomas de sinusites nas crianças, pois isto tem um verdadeiro caráter social, uma vez que é possível estar a etiologia da ozena ligada a esta sinusite infantil; assim sendo, com estes cuidados se poderia prevenir um grande número de casos de rinite atrófica fétida. Devemos também dar mais importância à rinorréia infantil, sobretudo quando ela persiste, a-pesar-da estirpação das amigdalas e adenóides.

Dr. Francisco Prudente de Aquino — Quero apenas alguns minutos de atenção, para agradecer ao dr. Fairbanks o muito que aprendemos com a sua verdadeira aula de hoje. Quero também sugerir para que ele leve o seu trabalho ao conhecimento dos pediatras, pois estou de acordo em que o número de sinusites encontradas em crianças é, entre nós, muito pequeno em comparação com o que se vem observando outros meios, e isto talvez seja devido ao fato de não se levar em consideração alguns tantos pequenos elementos de diagnóstico. Assim talvez se conseguira despertar a atenção dos srs. pediatras para certos sintomas muito sugestivos, tais como cefaléias, diarréias por exemplo, rinites crônicas, etc.

Outra questão é a seguinte: o dr. Fairbanks referiu que manda sistematicamente fazer a pesquisa da eosinofilia no muco nasal, para verificar se se trata de uma reação alérgica ou não. Mas devemos reconhecer que, entre nós, estes exames não têm sido bem feitos, uma vez que os nossos homens de laboratório retiram o muco nasal com um estilete e o exame, assim feito, não merece fé. O muco nasal deve ser obtido pelo assoar do nariz pelo próprio doente. Além disso, o laboratório deve dar o resultado obtido baseado sobre 100 células da série branca examinada, isto é, sobre 100 polinucleares qual

a percentagem de neutrófilos e qual a de eosinófilos.

Quanto à questão do tratamento cirúrgico, creio que, principalmente na infância, devemos ser conservadores o mais possível, pois não nos devemos esquecer que a criança, somente na puberdade é que obtém o seu completo desenvolvimento orgânico. Assim sendo, também o feitio morfológico do rosto só se identifica, só se completa inteiramente na puberdade. Ora, se começarmos a intervir precocemente no rosto das crianças, talvez que elas possam ter o feitio do seu rosto alterado ou não se completar, de uma maneira harmônica, o desenvolvimento das diversas partes do rosto infantil, pois uma intervenção cirúrgica sobre ossos não completamente desenvolvidos, pode acarretar uma parada de desenvolvimento dos mesmos, ou mesmo alterar o ritmo de ossificação dos mesmos.

Dr. Ernesto Moreira — Depois de todos estes comentários ao trabalho do dr. Fairbanks Barbosa, quero apenas deixar o meu comentário sobre a questão das radiografias. Notei que as radiografias apresentadas mostravam uma grande espessura das paredes ósseas em sua grande parte, o que fala muito em favor de uma possível futura atrofia da mucosa nasal. Assim, eu pediria ao dr. Fairbanks que continuasse a observação destas crianças sob este ponto de vista e sobretudo sob o ponto de vista da função olfativa.

Dr. Enio D'Aló Salerno — De-sejo trazer a contribuição de 775 casos infantis, dos quais 7 apenas eram de sinusite e destes 4 em meninos e 3 em meninas. Nestes casos, foram realizadas 5 punções e creio que este processo é aconselhado, porque, além de ser um meio seguro de diagnóstico, serve também para a via de introdução do líquido de lavagem do seio doente.

Dr. Silvio Marone — Em relação à parte estatística do dr. Fairbanks Barbosa e do dr. Sa-

lerno, seria interessante que se fizesse baseada na quantidade de casos de doentes masculinos e femininos examinados. Assim, tais estatísticas teriam uma base certa e verdadeira.

Em relação à sugestão do dr. Ernesto Moreira, acho-a muito interessante, pois se acompanhamos radiologicamente os casos durante alguns anos, poderemos surpreender um ou outro processo luético latente dos seios que, como se sabe, se traduz por uma osteite condensante das paredes sinusais, o que, muitas vezes pode permitir confusão com um processo infecioso banal. No que diz respeito ao tratamento, sugiro o uso dos bacteriófagos, que dá bons resultados, dentro de pouco tempo; mesmo nos casos sem resultados satisfatórios, o bacteriófago confere certo grau de imunidade local e geral.

Dr. Mário Otoni Rezende — Até há pouco tempo atrás, era comum a observação de crianças que aparentavam no serviço com "nariz escorrendo", sintoma ao qual ninguém dava grande importância. Hoje, entretanto, vemos que este sintoma não é tão banal quanto parece, sobretudo quando o corrimento nasal muda de aspecto, tornando-se muco-purulento. Frequentemente as crianças nada sentem a não ser o corrimento nasal, e não devemos esperar pelo sintoma "dor de cabeça" para fazermos o diagnóstico de sinusite, uma vez que este sintoma frequentemente falta nas crianças, pois ainda não há canais comunicando os seios com o nariz, mas apenas óstios. Modernamente, com o auxílio dos raios X, o diagnóstico de sinusite infantil, começa a ser feito mais intensivamente e por este motivo, as estatísticas modernas são completamente diferentes das estatísticas de alguns anos atrás. Mas o fato é, que a sinusite nas crianças existe e com grande frequência.

Um outro motivo pelo qual pedi ao dr. Fairbanks para trazer até nós o seu trabalho, é pelo modo

brilhante e como nêle está relatada a questão do tratamento. Até há pouco tempo, era comum a indicação da cirurgia; mas a cirurgia da face da criança é um problema muito sério pois os seus ossos são ainda diploicos e assim uma infecção que aí se instale, trará quasi que fatalmente, uma osteomielite dos ossos da face que evolue com muita facilidade, em quadro de muita gravidade. No meu modo de entender, ninguém deve nem mesmo puncionar os seios paranasais das crianças e muito menos praticar neles a cirurgia. Também não há necessidade disso, pois os casos tratados curam-se, perfeitamente, pelo método conservador.

Quanto à questão do banho de luz, não serve para as crianças, pois elas não o suportam, sendo preferível, por isso, o uso das ondas curtos. Além disso, as vacinas devem ser feitas e sempre que possível com gérmenes das vias aéreas superiores. A vacina é essencial na terapêutica bem orientada. Quanto ao bacteriófago, pode ser usado juntamente com a efedrina que se usa para as intilações, não havendo nenhum inconveniente nisso.

Dr. Fairbanks Barbosa — Respondendo aos amáveis comentários do dr. Oliva, em torno do nosso trabalho, quero dizer que, para ser breve, passamos por alto sobre certas questões que mereciam maior atenção. Assim, aconteceu com a tosse. Realmente, discutindo a causa deste sintoma, além da irritação da faringe e da laringe, lembramos também a importância do acúmulo das secreções que, dos seios, caminham para as vias aéreas inferiores. O dr. Oliva tem justa razão, quando afirma que muitas bronquites têm o seu ponto de partida em uma afecção sinusal. Aliás, em nossas observações, há mesmo um caso de bronquiectasia, provavelmente de origem sinusal.

O dr. Paula Assis, lembra a possibilidade das sinusites infantis estarem ligadas à etiologia da ozena. Compartilhamos desta opinião.

Temos visto a frequente associação de sinusites crônicas à atrofias da pituitária, e temos observado que estas atrofias tendem a regredir, após a cura dos seios. Levantamos agora uma hipótese: é sabido que alguns especialistas contra-indicam a amigdalectomia nos pré-ozenosos. Acham que a intervenção agrava a atrofia da pituitária. Não estariam atribuindo à intervenção o que se deve a uma sinusite tórpida? E' sabido que amigdalas hipertróficas podem ser consequentes à uma afecção sinusal. Extraem-se as tonsilas mas não se eliminam as afecções dos seios. A sinusite continua a preparar o terreno para a futura ozena. Pelo menos em alguns casos, creio que poderemos pensar assim.

O dr. Aquino se refere ao problema da pesquisa de eosinófilos no muco nasal. Expõe brilhantemente a conduta do analista. Nosso trabalho é muito falho, sobretudo no tocante à parte do laboratório. Podemos afirmar, porém, que não nos sentimos culpados disso. Bem que era nosso desejo uma documentação citiológica, e bacteriológica das secreções retiradas dos seios das crianças que tratamos. Mas, em nosso meio, isso não nos foi possível. Queremos também dizer a V. S. que não procedemos a pesquisas sistemáticas nesse sentido. Apenas nos preocupamos com aqueles casos, em que a etiologia alérgica fora suspeitada.

O dr. Moreira nota nas radiografias que projetamos, uma grande espessura das paredes ósseas e acha que isto fala a favor de uma possível futura atrofia da mucosa nasal. E' preciso, contudo, lem-

brar que os seios das crianças são exiguos e, por conseguinte, suas paredes são espessas.

O dr. Salerno traz a sua contribuição de 7 casos, em que 4 ocorreram em meninos. Daqui não se pode concluir a maior incidência sobre o sexo masculino. Sua casuística é pequena, para tanto. Creio que, se reunir um maior número de casos virá confirmar a observação de outros estudos, mostrando a incidência maior sobre o sexo feminino. E' apologista da punção. Respeitamos sua opinião, mas somos contrários a ela e, em nossa exposição justificamos por que.

Ao dr. Marone devo dizer que temos experimentado os bacteriófagos. Não nos queixamos dos resultados. Eles são indicados nos casos em que se suspeita de uma lesão óssea, como frequentemente ocorre nas sinusites odontogênicas. Nos casos de sinusites hiperplásticas ou polipoas, nada podemos esperar deste agente terapêutico. E, estes casos são trequentes.

Sr. presidente: Somos grandes entusiastas do tratamento conservador. Entretanto, é preciso reconhecer que ele falha em alguns casos. Nestes, a cirurgia se impõe como uma tábua de salvação. Nunca nos apegamos a ela, sem que tenhamos exaurido todos os recursos conservadores. Tem razão, V. S., quando recusa a intervenção nos 5 ou 6 primeiros anos de vida. Realmente, nos 5 ou 6 primeiros anos de vida, só excepcionalmente as lesões sinusais são irreversíveis e rebeldes ao tratamento conservador.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 19 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Ariovaldo Carvalho

Aspectos clínicos do impaludismo — Prof. Antônio de Almeida Prado — O A. faz em rápida síntese o estudo dos aspectos clínicos do impaludismo, lembrando ao la-

do de sua triade sintomática fundamental: febre, esplenomegalia e anemia, os sinais precursores e as formas agudas da doença. Analisa pois o período de invasão e o qua-

dro do impaludismo da primeira invasão, passando depois às formas perniciosas do mal, cujo conceito clínico procura fixar em bases delimitadas. Fala depois das complicações mais frequentes do mal e dos equivalentes palúdicos. Mostra a possibilidade de reinfecção dentro do próprio organismo, pela reversão de elementos afebrígenos — os gametos — à custa da parthenogése às formas esquizonticas febrígenas.

Os tipos febris, são em seguida apreciados. O impaludismo, no seu inicio, em um estado febril renitente ou quasi contínuo e ao depois, as formas policiadas e tratadas do mal, e que assume a cädencia intermitente de todos conhecida. Explica a patogenia do acesso palustre e destaca entre as formas etiologicamente ligadas ao impaludismo latente, as nevrálgias medulares, que compõe o quadro do impaludismo nervoso.

Malária experimental. Algumas de suas contribuições para o conhecimento da infecção malárica no homem — Dr. Mauro Pereira Barreto — O A. depois de historiar a questão da inoculação experimental da malária no homem, detém-se na análise das contribuições trazidas pelo estudo da malária experimentalmente inoculada no homem, para o conhecimento exato do período de incubação, das relações entre os parasitas e os sintomas, em particular a febre, dos tipos diversos de curvas térmicas, da duração do ataque primário, do aparecimento, frequência e número de recaídas, da cronicidade e da imunidade nas infecções pelos diferentes plasmódios humanos. Poz em relevo os trabalhos de James e colaboradores na Inglaterra, de Ciucu e colaboradores na Rumânia, de Swellengrebel e colaboradores na Holanda, de Sinton e colaboradores na Inglaterra e de Boyd e colaboradores nos Estados Unidos, entre muitos autores.

Sempre que julgou oportuno, mostrou as importantes contribui-

ções trazidas pelo estudo da malária das aves e dos macacos, para o conhecimento da infecção humana.

Sucedâneos da quinina na terapêutica da malária — Prof. Quintino Mingoa — Depois de ter lembrado a importância da quinina em tempo de guerra, para as tropas que lutam em terrenos palúdicos, o A. aponta as dificuldades que surgiram, para suprimentos da quinina, depois da ocupação das Indias Holandesas por parte dos japoneses. Demonstra a impossibilidade de se preparar atualmente quinina no nosso País, por falta de quineiras de boa qualidade e passa em resenha as outras diferentes plantas nacionais, que gozam de propriedades antimaláricas, mas que na realidade, não são absolutamente comparáveis à quinina.

Relativamente aos sucedâneos sintéticos da quinina, o A. mostra os empecilhos que não permitem preparar entre nós os compostos sintéticos gametócidas (plasmocina e certuna) ou esquizonticas (atebrina). Relativamente ao emprêgo de outros compostos, o A. cita as experiências feitas recentemente com sulfamidas (sulfadiazina em particular) e com sulfonas (promin), e cujos resultados parecem animadores. Lembra que, no recente grupo de sulfonas, ele sintetizou vários novos derivados sulfônicos bem ativos na toxoplasmose e em outras infecções experimentais, mas inativos na malária aviária experimental. As pesquisas a este respeito foram realizadas pelo prof. Samuel Pessôa.

O A. cita vários pormenores, incluídos em uma conferência por ele realizada na Academia Brasileira de Medicina Militar em agosto de 1942 e já publicada, fazendo votos para que, enquanto perdurarem as atuais condições de guerra, as autoridades competentes tomem algumas providências práticas, a saber:

1) impedir o emprêgo das cascas de quina para preparação de

aperitivos ou produtos de perfumaria (loções quinadas para cabelos, etc.);

2) limitar o emprêgo da quinina aos preparados antimáricos, impedindo portanto seu uso para comprimidos antigripais ou especialidades antiuléticas a base de iodobismuto de quinina;

3) permitir, nos preparados antimáricos por via oral, o emprêgo da "Totaquina" preparada de acordo com as indicações do Comitê de Higiene da Sociedade das Nações, isto é com 15% de quinina.

Relativamente ao segundo item, o A. cita que o cel. dr. Manoel Fonseca, diretor do Laboratório Químico Farmacêutico Militar, por iniciativa própria já mandou substituir a fórmula dos comprimidos antigripais preparados naquele laboratório e recomenda a interessante publicação, feita por esse distinto colega, na Revista de Medicina Militar (janeiro de 1943), sob o título: "Economia no uso de medicamentos".

Comentários: Prof. Celestino Bourroul — O prof. Mingoja mostrou o quanto é árduo o problema da terapêutica da malária, quando se procura um sucedâneo do quinino. Há grande dificuldade de se obter estes sucedâneos, e quasi sempre eles se mostram lamentavelmente ineficazes. Assim sendo, só nos resta procurar fazer entre nós o cultivo da quina, para ver se conseguimos a sua produção em grande escala. Seria interessante que se economizasse também este produto, retirando-o das fórmulas medicamentosas nas quais eles fossem dispensáveis ou tivessem outros substitutos. Usaríamos em última análise a quinina, só para combater a malária.

Prof. Almeida Prado — Eu de-
sejo apenas lembrar um ponto da
biologia, que se refere às experiências de Raffaeli, explicando a interdependência entre as formas sexuadas e assexuadas. Quando o mosquito morde, ele inocula no homem, esporozoitos, e portanto,

uma forma assexuada, e no entanto aparece a febre, a-pesar-de ser o esporozoito um elemento afebrígeno. Ora se o esporozoito que penetra no organismo humano ficasse sob esta forma, não haveria naturalmente a febre e portanto este fato só se pode afirmar, considerando o esporozoito como uma célula totipotente, capaz de produzir formas tanto assexuadas como sexuadas.

Dr. Uzeda Moreira — O prof. Prado em sua conferência afirmou que o impaludismo é um dos diagnósticos mais difíceis de ser feito, quando o médico não está prevenido contra ele, pois que se confunde em seu quadro clínico, com quasi todas as doenças febris. Isto é verdade nos lugares onde esta infecção não é comum. Falando certa vez com Miguel Couto a respeito, ele afirmou que sempre optava antes de tudo para o diagnóstico de impaludismo para os casos febris que apareciam no Estado do Rio, pois que esta moléstia era extremamente comum lá antes do saneamento da baixada fluminense. Vindo depois a São Paulo, verifiquei que aqui também a infecção é grande a tal ponto, que nos lugares onde ela existe, abusa-se do diagnóstico de malária. Devemos notar a este propósito, que muitas vezes o exame de sangue não auxilia muito o diagnóstico pois que com alguma frequência ele é negativo. Moreira da Fonseca, usa a esplenocontração pela adrenalina, o que dá muito bons resultados.

Ao prof. Mingoja, quero deixar aqui as minhas felicitações pelos seus estudos em busca de um sucedâneo da quinina. E' um dos maiores químicos do mundo, e talvez o maior do continente sul-americano, no setor em que se especializou.

Também antes de terminar, de-
sejo chamar a atenção da Casa, para o grande trabalho que o dr. Abel Vargas realizou saneando a malária da represa nova da Light, que é uma obra que orgulha a medicina paulista.

Dr. Mauro Pereira Barreto — Com respeito ao comentário do prof. Almeida Prado, devo dizer que a questão da patogenia das recaídas ainda não está definitivamente resolvida a-pesar-das inúmeras investigações. Eu lembrei a hipótese do ciclo exoeritrocítico, porque ela se estriba em fatos positivos, entre os quais a demonstração de Raffaeli e outros de que as formas exoeritrocíticas são mais quinino-resistentes, do que as formas esitrocíticas. Tssim, a-pesar-do tratamento intensivo pela quinina, elas permanecem no organismo, esperando a primeira oportunidade de queda da resistência orgânica, para reproduzir o ciclo esquizogônico hemático. A hipótese que procura explicar as recaídas através dos gametócitos do sangue, é devida a Schaudinn (1902). Entretanto, nenhum outro autor conseguiu confirmar as verificações de Schaudinn, a respeito da esquizogonia dos gametócitos. Em seu trabalho Schaudinn apresenta o desenho de um gametócito de "P. vivax" dentro da hemática e, ao lado dêle, uma forma em divisão, ou esquizogônica. Entretanto, evidentemente se trata de

um simples caso de duplo-parasitismo da hemática, o que pode ocorrer nas infecções pelo "P. vivax". Assim sendo, a hipótese da partenogênese dos gametócitos pode e deve ser afastada.

Quanto ao fato de ser o esporozoito uma célula totipotente, capaz de dar, não só esquizontes, mas também gametócitos, isto parece ser exato. Todavia seria necessário o isolamento, por micromanipulação, de um esporozoito e infecção de animais ou do homem com esse esporozoito único.

Prof. Almeida Prado — Creio que a teoria de Schaudinn, ainda pode ser aceita, hoje em dia. Além disso, todos os livros de patologia a citam.

Prof. Quintino Mingoja — Deixo apenas agradecer os elogios que foram feitos em torno do meu trabalho e de minha pessoa, que julgo entretanto, imerecidos. Apenas sou um dos muitos trabalhadores que labutam no sentido de resolver os intrincados problemas da química orgânica, para que ela possa ser aplicada em benefício da humanidade.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Dirceu Vieira dos Santos

Pesquisa da alergia infra-tuberculinica residual entre os operários de São Paulo — Dr. José Rosenberg e Dra. Diva de Andrade — Este trabalho representa o primeiro ensaio realizado no Instituto Clemente Ferreira, em São Paulo, com o fito de pesquisar a frequência da alergia residual (alergia latente de Willis) nas pessoas adultas e de estudar os elementos que a caracterizam. O A. adotou, para esses estados de alergia, a denominação de "alergia infratuberculinica", proposta por A. Assis.

Examinaram-se 1794 indivíduos de 15 a 56 anos, na sua grande maioria operários de fábrica, considerados saudos, clínica e radiologicamente. A seleção foi realizada através de três provas de Mantoux

com 0,1-10,0 e 50 mgrs. de tuberculina. Foram, assim, isoladas 42 pessoas completamente insensíveis à tuberculina. Nestas estudou-se, afinal, o comportamento em relação a uma injeção intradérmica de 0,2 de mgrs. de B. C. G. morto pelo calor. Essas pessoas foram acompanhadas até 60 dias e nelas estudou-se: 1) a evolução do nódulo do E. C. G. de prova; 2) o fenômeno de Willis-Sayé e 3) a positivação tardia da última intradérmoreação, realizada 48 horas antes da injeção de B. C. G.

De acordo com o seu comportamento, essas pessoas puderam ser separadas em dois grupos.

Grupo I — "Verdadeiros analérgicos" — Nestes a pesquisa dos

3 elementos atrás referidos revelou:

I — Nódulo com reação inicial nula ou discreta, com ou sem evolução posterior para a abcedação a qual é geralmente tardia.

II — Ausência do fenômeno de Willis-Sayé. Nos casos em que a alergia post-B.C.G. apareceu, ela foi discreta e transitória.

III — Nenhuma vez foi verificada a positivação tardia da reação de Mantoux realizada antes da injeção de prova.

Considerando-se em cada caso, os elementos estudados em conjunto, verificaram-se 4 modalidades de respostas individuais:

A) Nódulo sem abcedação e ausência de alergia (12 casos).

B) Nódulo com abcedação e ausência de alergia (1 caso).

C) Nódulo sem abcedação e presença de alergia (7 casos).

D) Nódulo com abcedação e presença de alergia (3 casos).

Grupo 2 — "Alérgicos infratuberculinicos" — I — Nódulo de prova com comportamento inicial do tipo tuberculinico seguido de fase regressiva e posterior evolução acentuada com abcedação frequente e mais ou menos precoce.

II — Fenômeno de Willis-Sayé mais ou menos nítido. A alergia apareceu em todos os casos mas sempre guardou um caráter de transitóridade.

III — Eventualmente a positivação tardia esteve presente.

Considerando-se, em cada caso, os elementos estudados em conjunto, as pessoas deste grupo podem ser divididas em 3 subgrupos:

a) 9 casos — Nódulo de evolução inicial acentuada (tipo tuberculinico) — 10 milímetros em média. Aparecimento precoce da alergia (intensidade máxima ++). Ausência de positivação tardia.

b) 7 casos — Nódulo de evolução inicial acentuada (tipo tuberculinico) — 10 milímetros em mé-

dia). Aparecimento precoce da alergia (intensidade máxima ++). Presença de positivação (intensidade máxima ++).

c) 3 casos — Nódulo de reação inicial muito intensa (tipo tuberculinico) — 25 a 30 milímetros em média. Aparecimento precoce da alergia (intensidade máxima +++). Presença de positivação tardia (precoce e intensidade máxima +++).

Os dois grupos foram analisados ainda em relação aos fatores ambientais. No grupo 1 foi apreciável o número de pessoas (1/3) com profissões domésticas, e de menos tempo de residência na Capital de São Paulo, comparativamente com o que se notou no grupo 2, verificando-se que no primeiro houve menos oportunidades de contágio.

Em relação a este apurou-se com segurança que, no total dos casos sensíveis e insensíveis à tuberculina, havia 81 vezes contágio preegresso e 31 vezes contágio vigente no ato do inquérito.

Verificou-se, então, que, no grupo 1, apenas 3 pessoas estiveram expostas a um contágio seguramente verificado, que havia cessado há tempos (há 2 anos no caso mais recente). No grupo 2, apurou-se contágio seguro em 9 casos. Em 6 destes o contágio já havia sido suspenso para mais de 8 meses e em 1 caso havia cessado, apenas, há dois meses. Os dois restantes ainda estavam sob contágio vigente. Nesses 3 últimos casos as respostas à injeção de prova foram apreciavelmente intensas e esse comportamento particular, constituiu motivo de especial atenção, pela suposição que se fez de se tratar de pessoas surpreendidas no período antialérgico.

As provas radiológicas, os exames negativos do conteúdo gástrico, a transitóridade da alergia revelaram que se tratava de estados infratuberculinicos da alergia residual. Nesse particular foram mencionadas as diferenças da evo-

lução dos elementos nos estados residuais, com a encontrada por A. de Assis e A. Carvalho em seu estudo, no qual, pela primeira vez, se chamou a atenção para a existência de um estado infratuberculino no período antialérgico clássico da tuberculose.

As imagens radiológicas dessas pessoas insensíveis à tuberculina foram apenas mencionadas pois serão estudadas em trabalho seguinte.

Foi discutida a questão da extinção da alergia tuberculínica e o interesse de se acompanharem os casos em que isso acontece, pesquisando-se neles seguidamente a alergia infratuberculínica e, assim, procurar surpreender com que frequência pode-se dar o seu total esvaimento, ou a volta da sensibilidade dérmica. Foram feitas referências sobre os prováveis substratos biológicos dos estados infratuberculinicos, bem como sobre a sua expressão de resistência em relação à infecção.

Comentários: Dr. João B. de Sousa Soares — Como uma colaboração ao trabalho que nos acaba de apresentar o dr. Rosemberg, eu lembraria que Sayago, já entrevia a existência desta forma talvez especial de resistência, que é o fato do indivíduo não reagir à tuberculina, embora vivendo em meio altamente contaminado, citando como exemplo, casos de estudantes, que, trabalhando diariamente em meio altamente infectado pela tuberculose, não tinham nenhuma reação.

Dr. José Rosemberg — Agradecendo ao dr. Soares o seu comentário, devo dizer que, de fato, assim como Sayago, muitos outros antes dele já haviam entrevistado esses casos. Experimentalmente esse fato é conhecido desde as clássicas experiências de Calmette. O aspecto novo do problema é que esses organismos animal ou humano insensíveis à tuberculina possuem um substrato célu-humoral que condiciona sua resposta intensa, quando tratados

por um antígeno incitante integral. Os indivíduos citados por Sayago, são da mesma natureza dos de Parezky, que, há pouco, referi e todos eles devem ser portadores de infratuberculinicos de alergia.

Dr. Dirceu Vieira dos Santos — Frequentemente somos consultados, se lesões não típicas, como por exemplo lesões oculares e ósseas, podem ser ou não de origem tuberculosa. Para responder, utilizamo-nos, frequentemente da reação à tuberculina; entretanto, com o que acaba de nos relatar o dr. Rosemberg em colaboração com a dra. Diva, os resultados que se obtêm com este test são relativos e portanto, temos obrigação de lançar mão de outros elementos, para se afirmar se se trata ou não de um indivíduo alérgico.

Mecanismo de ação da colapsoterapia — Dr. Fleuri de Oliveira — O A. inicia o seu trabalho referindo-se ao fato de ainda não ser bem conhecido o mecanismo de ação da colapsoterapia. A velha noção de que a colapsoterapia age somente pelo colapso, e imobilização do pulmão e suas consequentes repercussões vasculares, não explica todos os fatos observados. Acha que, nesse sentido, um grande passo foi dado por Corylls, que estudou exhaustivamente o papel do brônquio de drenagem da cavidade, sob a ação da colapsoterapia.

Estuda logo após, a mecânica respiratória normal e as alterações que sobre ela imprime a lesão tuberculosa. Diz, em linhas gerais, o mecanismo da ação da colapsoterapia e se detém no estudo do brônquio de drenagem da cavidade. Há um certo número de fatos que deixam entrever que somente o colapso e a imobilização não garantem o fechamento de uma caverna tuberculosa. São eles os seguintes: pneumotórax totais, são, as vezes, impotentes para o fechamento da cavidade desde que se estabeleça uma válvula brônquica que permita a entrada do ar dentro da caverna e dificulte a sua

saída; o fato até a pouco inexplicável de pneumotórax maus, obterem a cura da cavidade. A explicação para êstes fatos, reside unicamente na situação do brônquio de drenagem da cavidade. No primeiro caso, forma-se uma válvula brônquica e no segundo, o brônquio se fecha e é justamente êste o ponto de vista que o autor quer demonstrar em face de dados clínicos e radiológicos, isto é, que para o fechamento da cavidade, sob ação da colapsoterapia, o fator mais importante é o fechamento do brônquio.

Diz mais o autor, que a prova do fechamento do brônquio pode ser dada com os seguintes elementos: 1) desaparecimento da cavidade; 2) ausência de bacilo de Koch no escarro antes do fechamento total da cavidade; 3) a verificação radiológica de que a caverna se fecha devido ao alargamento e arejamento do anel de atelectasia peri-cavitário, tal e qual acontece na aspiração endocavitária de Monaldi. Isto se dará pelo fechamento do brônquio e criação de uma pressão negativa intra-cavitária, devida à reabsorção do ar.

Acha ainda o A. que o fechamento do brônquio de drenagem da cavidade, poderá ser entrevista teoricamente, pois que, com o colapso do pulmão há possibilidade de torcedura brônquica ou, o que é mais importante, o estreitamento pronunciado da luz o que acarretaria também uma pressão negativa intra-cavitária visto que uma redução para 1/3 do diâmetro primitivo é suficiente para provocar atelectasia.

Concordam ainda com êstes achados clínicos e radiológicos, os dados anátomo-patológicos que demonstram em primeiro lugar, lesões brônquicas que estreitam a sua luz e em segundo lugar cavernas curadas com brônquio de drenagem previamente fechados (Pagel, Auerbach, etc.).

Conclue o A. dizendo que concorda com a teoria de Alípio Corrêa Neto, quando ele diz que a

cura da caverna tuberculosa após o seu colapso, se dará pela transformação do tecido tuberculoso que, de superficial passa a intersticial; assim sendo, os sucos defensivos do organismo não são desperdiçados, agindo diretamente sobre o bacilo de Koch. Acha no entanto que êste mecanismo encontra uma aplicação ótima quando o brônquio se fecha, pois, nestas condições, o tecido tuberculoso da caverna passa de superficial a intersticial e os sucos defensivos do organismo têm possibilidades de agir diretamente sobre o bacilo de Koch. Ao lado disso, a pressão negativa intra-cavitária provoca um maior afluxo de sucos defensivos o que concorrerá ainda mais para a cura da caverna.

A comunicação foi documentada com radiografias de doentes em tratamento no Hospital São Luiz Gonzaga.

Comentários: Prof. Alípio Corrêa Neto — Desejo apenas lembrar um ponto de vista meu, a respeito do mecanismo de ação da colapsoterapia, não me interessa o mecanismo do colapso, mas sim o mecanismo de cura, depois de estabelecido o colapso. Entendo que há uma confusão entre o mecanismo de cura e o de colapso. No meu trabalho, citado pelo dr. Fleuri, está compreendida apenas a primeira parte desta questão, isto é o mecanismo de cura depois de estabelecido o colapso.

Outro ponto, a teoria de Coryllos, admitida pelo dr. Fleuri, pode ser contestada, pois ela admite que a fibrose ao redor da caverna impede a passagem do oxigênio contido no sangue, o que torna o meio impróprio à vida do bacilo de Koch. Mas, isto não acontece, pois, a circulação sempre se faz, mesmo através da fibrose e êste sangue, por pouco que seja, é suficiente para a vida do bacilo de Koch.

Uma questão que eu julgo de primordial importância, pois é de grande alcance prático, é a indi-

cação da colapsoterapia cirúrgica, que é sempre uma indicação grave, e portanto, só deve ser aplicada naqueles casos em que a clínica já fez tudo o que podia, faltando apenas extinguir o bacilo que está dentro da caverna, esta será então, tarefa do cirurgião. Quando se faz a colapsoterapia cirúrgica, há necessidade de que a caverna desapareça, pois só neste caso podemos afirmar que o doente está curado seja este fechamento por obliteração do brônquio e drenagem, seja por colapso da caverna. Creio, a este respeito, que possa existir o fechamento, mesmo com o brônquio de drenagem aberto.

Dr. Rui Dória — Sendo o relator de um tema sobre a colapsoterapia realizado por esta Secção em fins do ano passado, abordei principalmente a teoria de Corrylos, que, no meu entender, é uma teoria sedutora, pois que ela explica não sómente o fechamento da caverna, por todos os métodos de colapso, como também explica o mecanismo de formação das cavernas. A caverna, por esta teoria, se forma pelo mecanismo de sopro do brônquio. No entanto, com a evolução das idéias de Corylos, chegamos a conclusão de que a caverna, com o seu respectivo brônquio de drenagem, formam um todo inseparável. Assim, podemos afirmar que, quando o brônquio de drenagem está aberto, a caverna não poderá estar curada, pelo menos do ponto de vista prático, pois não se pode negar a existência de casos, em que a caverna se cura perfeitamente, continuando entretanto, o brônquio de drenagem aberto. Mas, a rigor, tanto a caverna como o brônquio de drenagem respetivo devem estar fechados, quando se quer falar em cura definitiva, pois um brônquio aberto, dá sempre margem a um novo franeamento e recidiva do processo.

Quando da primeira exposição do prof. Alípio, lembro-me bem que houve uma confusão de mi-

nha parte, pois que o prof. Alípio, apresentou a sua teoria baseada na cura da caverna. Entretanto, os fatos continuam da mesma maneira, pois que eu também, em minhas considerações, não avancei além do terreno do fechamento mecânico da caverna. O que se passa depois, eu não discuti. Continuo convencido, entretanto, de que toda a colapsoterapia, continua dependendo do brônquio de drenagem, e com o mecanismo do brônquio de drenagem, se consegue explicar satisfatoriamente tudo o que se passa no interior da caverna. Assim sendo, relatando o tema acima referido, eu disse: "se a ação da mecânica do brônquio de drenagem não é absolutamente decisiva no fechamento de uma caverna, entretanto, o brônquio de drenagem permanece como um juiz, pois tudo o que se passa na caverna, repercuta sobre o brônquio de drenagem". Isto pode não estar absolutamente certo, mas está de acordo com o que ocorre na prática diária da colapsoterapia.

Outro fato sobre o qual devemos voltar a nossa atenção, é o seguinte: quando a caverna permanece aberta depois do colapso isto pode ser explicado como devido à força de elasticidade do pulmão.

Quando à questão da pressão interna da caverna, sempre que há sínfise pleural, eu faço estudo muitas vezes, punctionando a caverna, o que é um meio absolutamente certo e seguro. Tive um caso de caverna localizada no lobo superior e assim que introduzi a agulha ai, a caverna "soprou", inteiramente pela agulha; prosseguimos depois, retirando ar até um certo ponto quando não o conseguimos mais. Retiramos então a agulha, e tiramos uma chapa verificamos então que a caverna estava fechada, não se tendo aberto até hoje.

Para terminar, desejo uma explicação sobre o fato de, como pode haver uma zona de pulmão toda atelectasiada, não estando entre-

tanto a caverna em atelectasia. Seria a atelectasia, que nesse caso provocaria o estufamento brônquico? A colapsoterapia, está na ordem do dia, e por isso a comunicação apresentada, foi muito oportuna e penso que ela serve para se iniciar o debate nesta Secção sobre este importante ponto do tratamento da tuberculose pulmonar.

Dr. Emílio Cury — Quero primeiramente felicitar o dr. Fleuri, pela brilhante conferência, e fazer um rápido comentário. Estou de pleno acordo quanto ao valor da obstrução brônquica na sutura cavitária. Mas a obstrução brônquica, não é condição "sine qua non". Existem cavidades que se fecham muito bem pela colapsoterapia quer gasosa, quer toracoplástica e o brônquio de drenagem permanece aberto, provado pela instilação do lipiodol.

Dr. Jaime Vitule — Felicito o dr. Fleuri pela sua interessante palestra. Estou de pleno acordo com o mecanismo de fechamento de caverna, conforme foi por ele relatado, como o principal. Quero trazer uma pequena contribuição ao assunto; nas cavernas estufadas temos tentado quando o exame do paciente nos aconselha, medicação neuro-vegetativa e a broncoaspiração. Nossa impressão é que em alguns casos o resultado é bom. Em um doente a simples medicação para o lado do vago deu ótimo resultado. A participação vagosimpática neste complexo mecanismo parece não poder ser afastada.

Dr. José Rosemberg — Na questão que foi ventilada pelo dr. Fleuri, desejo afirmar que é evidente, que estando o brônquio de drenagem fechado, a caverna costuma se fechar, estando, porém, o problema no seguinte: o fechamento da caverna, exige duas etapas; a primeira consistindo no fechamento do brônquio de drenagem e a segunda se refere aos processos anatômohistológicos, que decorrem desse fechamento. Mas, uma vez fechado o brônquio e não ha-

vendo condições outras satisfatórias quer biológicas e mesmo mecânicas, para o fechamento da caverna, então, de nada adiantará só o fechamento do brônquio de drenagem. Neste último caso, para o problema se resolver, reclama o concurso da colapsoterapia.

Dr. Durval Amorim — Para reforçar o que já foi dito pelo dr. Fleuri, a respeito do fechamento do brônquio de drenagem para a cura das cavernas, devo relatar que há alguns casos de cura, pelo enchimento da caverna, por um tecido que se organiza depois do fechamento do brônquio de drenagem.

O estudo da forma das cavernas é muito importante, pois no vivo, a caverna é redonda, como se nota à radiografia enquanto que no cadáver a sua forma é irregular. Um autor argentino, estudando esta questão, verificou que fazendo a aspiração da caverna, segundo a técnica clássica, verificava que no dia seguinte existia um pneumotórax e a caverna estava muito diminuída, não tendo dado uma explicação para este fato. Entretanto, pode ser explicado, admitindo que havia uma pressão muito alta que impedi de achar o espaço pleural, uma vez que a pressão muito alta se transmitia também à parede.

Um outro fato é que, do ponto de vista mecânico, a cavidade do abcesso pulmonar, pode ser considerada idêntica à cavidade tuberculosa, e portanto para haver o seu fechamento, deve haver obstrução do brônquio de drenagem.

Dr. J. B. Sousa Soares — Sobre a questão do brônquio, há um detalhe interessante, não tanto sobre a questão do fechamento das cavernas, mas também quanto à questão das atelectasias que aparecem depois da operação de Jacobus, por exemplo. Pensava-se, que era devida a uma obstrução completa do brônquio, mas hoje está provado, que basta 1/3 da luz do brônquio, para que se dê este fenômeno.

Quanto à questão do estado imunológico para a cura da cavidade,

realmente, é uma causa muito interessante. Aliás, a questão da cicatrização das lesões não traduz perfeitamente a existência de um estado imunológico favorável, pois que em estados opostos desfavoráveis, vamos encontrar com frequência, o fechamento de uma lesão, com abertura de nova cavidade a distância, traduzindo um estado não favorável para o emprego da colapsoterapia no fechamento das lesões.

O fechamento das cavernas não é tão necessariamente seguido do fechamento do brônquio de drenagem, desde que as paredes da caverna estejam em contato uma com a outra, pois deste modo se firma um tecido cicatricial que fecha a caverna.

Dr. João Otávio Nébias — Não pode ser posta de lado uma possibilidade provável na questão da caverna e brônquio, a saber: que primeiro se facha a caverna, e depois este fechamento, que vem do fundo, alcança o brônquio e o fecha também, coisa que já tem sido observada mesmo anatomicamente, isto não diminui em nada a grande significação das modificações brônquicas no mecanismo de cura de uma caverna.

Dr. Fleuri de Oliveira — O prof. Alípio, pelas suas palavras, pôs em destaque que eu havia feito a defesa da teoria de Corylos, mas tal não se deu, pois que eu deixei de lado esta questão. Também em seu trabalho, ele admite que a teoria de Corylos dificilmente se mantém de pé, e no entanto nos seus comentários, admite que o mecanismo de fechamento do brônquio de drenagem é um fator importante na cura da caverna. No presente trabalho eu não afirmei que a caverna só se fecha pelo fechamento do brônquio, mas este é um fechamento muito lento.

Também tentamos a aspiração do brônquio, quando existe um resquício de cavidade. Quem faz este processo, relata bons resultados, mas eu não tive ocasião aí para verificá-los.

Quanto à hipótese aventada pelo dr. Nébias, ela não tem absolutamente razão de ser, pois que lança mão de um meio de colapsoterapia, que é reversível e assim as condições são diferentes com o evoluir do tempo. Isto entretanto, não acontece com as toracoplastias à respeito aventada pelo dr. Souza Soares, também pode ser explicada pelo mecanismo do brônquio de drenagem.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 26 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Licinio H. Dutra

Constipação renal gravídica — Dr. Daci Vilela Itiberé — O A. justifica o título de sua conferência, ao invés de usar outros, como pielite, pielo-nefrite gravídicas, etc., frisando que o estado de constipação ou de dilatação das vias excretoras do trato urinário alto (câlices, bacinete e ureter) é a primeira consequência, é o primeiro efeito da gravidez sobre o rim e suas vias de eliminação. A infecção pode-se super-ajuntar ou deixar de fazê-lo; o que existe sempre na gravidez, em maior ou menor grau, é a constipação urinária,

tudo o mais decorre deste novo estado de causas. Portanto, a terminologia de constipação renal ou rinária gravídica é mais acertada e mais lógica, por ter maior âmbito e por ter significação mais ampla, mais geral, de acordo com o moderno conceito da patologia do sistema. Analisa depois, em todos os seus detalhes, a causa desta constipação gravídica, que é constante na gravidez. Inclina-se pela teoria hormonal, dizendo que no período gravídico há excesso de certos hormônios que teriam a propriedade de exercer uma ação

hipotonizante sobre a musculatura lisa, não só das vias excretoras do trato urinário alto, como também do trato intestinal. Nesta ordem de idéias, cita os trabalhos experimentais de Rossi, que, injetando sangue de coelhas grávidas em coelhas não grávidas, obteve as mesmas alterações funcionais nestas últimas. Casos também de cório-epiteloma do testículo em que foram estas mesmas modificações anátomo-funcionais. Tudo isto fala a favor da teoria hormonal. A ação mecânica do feto, do útero grávido sobre o ureter é absolutamente secundária e poderia entrar como mero fator coadjuvante e em poucos casos. A dilatação dos ureteres e dos bacinetes é mais acentuada nos primeiros meses da prenhez. Há mesmo casos que pioram no puerpério etc. e em todas estas ocorrências o fator mecânico não pode ser invocado. A dilatação das vias excretoras altas é uma dilatação hipotônica por efeito de substâncias hormonais existentes em excesso na mulher grávida. A infecção se superajunta frequentemente à constipação; daí as pielites, pielonefrites supurativas ou não. O tratamento consiste na drenagem do bacinete, via de regra, por via ureteral, endoscópica. O tratamento geral, será orientado da seguinte maneira: transfusões de sangue, vitamina C e antisépticos urinários. Os sulfoconjugados, podem ser usados, porém, com cuidado por causa do feto. Em casos de processo supurativo, do parênquima, intervir logo sobre o rim, deixando a gravidez evoluir. Raramente a pielonefrite grávida é indicação para se interromper a gravidez. A drenagem pielica por via endoscópica ou por via lombar, cirúrgica (se a gravidez do caso exige-la) resolve todos os casos. E' mister não vacilar em propor uma nefrostomia e mesmo uma nefrectomia, durante o período gravídico, se a evolução do caso evidenciar um processo supurativo do rim. Nada adiantaria interromper a gravidez em tal situação. O estado renal não apro-

veitaria do esvaziamento uterino. Deixemos a gravidez e cuidemos do rim.

Comentários: Dr. Bussamara Neme — Naturalmente não seria eu o mais indicado para apartear uma conferência do dr. Darcy Itiberê. Durante os anos que tenho trabalhado na Clínica Obstétrica, observei que a pielite grávida é mais frequente no 5.º e 6.º mês de gravidez e no puerpério. A este propósito lembro que antigamente os parteiros atribuiam muito valor ao fenômeno de compressão determinado pelo útero, mas hoje a escola moderna está mais propensa a acreditar num fator dinâmico, de ordem hormonal, como muito bem disse o conferencista. Entretanto, sendo a dilatação do ureter direito mais intensa e mais frequente que a do esquerdo, isto faz pensar que sobrepondo-se ao fator hormonal, entre em jogo também um fator mecânico compressivo. Isto porque o útero grávido do 5.º para o 6.º mês e o útero puerperal pela dextrotorsão que experimentam poderiam determinar um certo grau de compressão uretrérica ao nível da linha inominada. A dilatação e estase, sendo mais intensas neste período do ciclo grávido puerperal, condicionariam menor resistência local ou maior virulência dos agentes microbianos, responsáveis pela maior frequência da pielite nestas fases. Ficaria assim esta ressalva, feita com o intuito exclusivo de estreitar cada vez mais o espírito de colaboração entre parteiros e urologistas.

Dr. Onofre Araújo — O dr. Darcy justificou a denominação que deu ao seu trabalho, ficou bem claro que nestes casos são as vias excretoras que estão dilatadas. Assim sendo, desejaria que o dr. Darcy me explicasse porque motivo ele acha mais adequado o nome de constipação renal e não de constipação das vias excretoras, uma vez que a dilatação se localiza nas vias excretoras e só posteriormente traz complicações para os rins.

Prof. Álvaro Guimarães Filho — Apreciei bastante a comunicação do dr. Darcí Vilela Itiberê. Temos tido ocasião de observar muitos casos que ele chamou de "constipação renal" na gravidez, e estamos de acordo com os que não chegavam ainda a uma conclusão satisfatória para explicá-los e isto por vários motivos. Em primeiro lugar, a consideração do fator mecânico, que vem sendo admitido desde Hipócrates, é o que a primeira vista mais atrae a atenção, entretanto, temos notado que muito precocemente a grávida, quando ainda não há aumento suficiente do útero para dar compressão das vias renais, já se nota dilatação dos ureteres. Em segundo lugar, devemos considerar que é no 5.º mês de gravidez quando o útero já saiu da cavidade pélvica e entra em plena cavidade abdominal, que vamos encontrar as dilatações ureterais bilaterais. Ora, se isso fosse devido ao fator mecânico motivado pela compressão do útero grávido, a dilatação seria só de um lado, do lado direito ou esquerdo que é o que pode sofrer a compressão. Entretanto, isto não se dá; as dilatações, frequentemente, são bi-laterais. Outro fato interessante que tenho tido ocasião de observar, é que no 7.º mês de gravidez, quando o feto ocupa um diâmetro oblíquo na bacia, verificamos que a-pesar-de serem as vias excretoras do mesmo lado as que deveriam ser comprimidas neste caso, tal não sucede, pois vamos encontrar a dilatação do lado oposto. Isto tudo vem demonstrar que a parte mecânica não tem razão de ser e estamos na obrigação de procurar outra causa para a explicação da constipação renal.

Quanto à fatores gerais, não há dúvida que eles existem, mas o modo como agem, não se sabe. Podíamos justificar este fato, admitindo uma causa geral: hormonal gravídica ou metabólica, que fosse capaz de influir nas fibras dos condutos excretóres urinários, dando primeiro uma inhibição e

depois uma estase com constipação renal, e etc., mas, não nos devemos esquecer de que tal afecção pode ser encontrada também unilateralmente, fato que teria difícil explicação em face da teoria que estamos expondo. Teríamos então o direito de perguntar, porque as substâncias agiriam de um lado e não do outro. Assim sendo, não se pode afirmar que seja sempre de causa geral a produtora destes distúrbios das vias excretoras renais na gravidez.

Em todos os casos de pielite e gravidez as doentes devem ser examinadas nas melhores condições, tendo sempre o cuidado de fazer um exame urológico cuidadoso e completo, com pielografia, drenagem, verificação das provas de importância que deve ser dada a estes casos, para ser firmado seguro prognóstico, quanto o evoluir da gravidez e da doença piélica.

Quanto à questão da interrupção da gravidez, temos uma certa experiência neste assunto, e na grande maioria dos casos, somos contra a interrupção. E' preciso, isto sim, que a gravidez evolua amparada com tratamento urológico eficiente. A cesárea, qualquer que ela seja, sempre predispõe a infecção puerperal metastática da infecção urinária. Penso que esta indicação só é justificável, quando há causas obstétricas determinantes, mas as causas renais por si só, não são suficientes para justificar tal intervenção.

Quanto à terapêutica deste processo, estou de pleno acordo com o que disse o dr. Darcí Itiberê.

Dr. Licínio H. Dutra — No intuito apenas de colaborar com o dr. Darcí, desejo dizer que a responsabilidade hormonal pela dilatação píelo-ureteral parece ser ainda uma questão aberta, pois até hoje não se conseguiu identificar qual o hormônio causador de tal fenômeno. Os AA. falam apenas em causa hormonal. Isto seria mesmo motivo e, eu o sugiro, para uma interessante pesquisa,

Quanto à terapêutica, eu lembria a indicação de transfusões de sangue, pois recentes trabalhos americanos e alemães, (Douglass e Knaus), falam muito sobre este método e dos seus resultados brilhantes. Verificou-se que o exame de sangue destas pacientes mostra de um modo geral, acentuada anemia, que talvez constitua o fator determinante ou agravante da estase urinária. Há um círculo vicioso entre anemia e pielite-gravidica; daí os bons resultados da transfusão, assinalados por autores de nomeada. O benefício que com ela se obtém, viria também pôr em cheque a teoria mecânica da obstrução das vias urinárias. Penso ainda que seria interessante a administração de vitamina B1 e outros fatores do complexo B, já que com estas vitaminas se consegue melhorar certos casos de megaesôfago, megacolon, etc., e, portanto, seria justificável a sua aplicação nestas pacientes, onde, em última análise, há uma dilatação semelhante.

Finalmente desejo frisar que a magnifica e documentada exposição do dr. Darcí, veio chamar a atenção e despertar o interesse dos parteiros para este delicado problema. De um modo geral, nos serviços de pré-natal, muitas vezes o parteiro se esquece destes aspectos frequentes, mas, ante a estatística assinalada de 80% de perturbações renais nas senhoras grávidas, o caso deve merecer mais atenção e o especialista procura estudá-lo melhor. Concluindo direi que mais uma vez ficou assinalada a necessidade do intercâmbio entre urologistas e obstetras.

Dr. Darcí Vilela Itiberê — Agradeço as palavras do sr. presidente e dos colegas em torno do meu trabalho, pois elas muito contribuiram para esclarecê-lo melhor. Na medida do que me for possível procurarei responder às perguntas e comentários feitos.

Não entendi muito bem a pergunta do dr. Neme. Ele encontra a pielite em maior percentagem no 5.º mês de gravidez e no puerpério.

justamente nos períodos em que a possibilidade do fator mecânico está mais afastada e portanto não servem estes fatos para justificá-la. Outra causa interessante, é o fato de que o cateterismo na mulher grávida não é nada difícil e não se tem dificuldades nenhuma em realizá-lo. A cistoscopia, sim, apresenta algumas dificuldades, em virtude da compressão da cabeça do feto sobre a bexiga. A facilidade com que se faz o cateterismo, também falta contra a hipótese de uma compressão dos ureteres pelo útero grávido, pois, se o cateter não encontra dificuldade em penetrar pelo ureter também a urina não teria dificuldade de sair uma vez que não há impedimento mecânico. Além disso, uma grande série de experiências, muito bem feitas, demonstram que uma grande série de substâncias hormonais e metabólicas influem sobre a musculatura lisa dos ureteres, e que estas substâncias são mais abundantes no 5.º mês de gravidez. Portanto, fica definitivamente afastado o fator mecânico. Quanto à incidência da obstrução mais de um lado do que de outros, é uma causa muito variável.

Quanto a pergunta do dr. Araújo, temos a dizer que consideramos o termo "hidronefrose", como um termo genérico, que não diz nada, dando a impressão que a doença é renal. Na realidade, porém, ela se inicia pelo ureter que sofre uma obstrução. Portanto, hidronefrose pode e deve ser considerada como uma doença das vias excretoras e secundariamente os rins sofram, podendo chegar à atrofia renal hidronefrótica. Isto é uma causa hoje já perfeitamente estabelecida. As mais variadas causas podem provocar uma hidronefrose, desde pequenos cálculos ureterais até mesmo estes casos hoje citados, nos quais o ureter está perfeitamente permeável e há hidronefrose. Assim sendo, o termo hidronefrose pouco significa, pois é uma doença que não tem uma causa definida. Lichtenberg demonstrou que a hidrone-

frose é um distúrbio funcional e pela sua semelhança com a constipação intestinal, resolveu chamá-la de constipação renal que, no entanto, teria um significado mais preciso e geral de "constipação das vias excretoras". O nome "renal", apenas indica que é um processo que repercute sobre os rins. Esta é a concepção de Lichtenberg que defende assim perfeitamente a denominação de "constipação renal gravídica". Em uma concepção pessoal, penso que seria melhor designar por "constipação renal", aquêles casos nos quais o rim ainda é capaz, ainda tem função, deixando o termo de "hidronefrose" para os estádios finais da constipação renal, quando o rim já sofreu a atrofia isquêmica.

Ao prof. Guimarães, tenho só a agradecer os conceitos emitidos, que veiu reforçar com a sua experiência alguns pontos de vista emi-

tidos em meu trabalho, principalmente no que se refere à questão da interrupção ou não da gravidez.

O dr. Licinio também tratou de questões de bastante interesse, correlatas com o nosso trabalho. Também adoto as transfusões de sangue na terapêutica destes processos e tenho obtido muito bons resultados. Nos casos de infecção, a transfusão dá resultados magníficos. Quanto à questão da toxemia gravídica e da pielonefrite gravídica, creio que não há uma relação entre os dois processos. Em alguns casos de intoxicação grave, com vômitos gravídicos, não tenho visto comprometimento renal. Quanto à questão do serviço pré-natal, acho interessante a sugestão do dr. Licinio, pois que, durante a gravidez as pielonefrites dificilmente cedem, especialmente aquelas devidas ao colibacilo.

Sociedade Médica São Lucas

SESSAO DE 6 DE JULHO

Presidente: Dr. João N. von Sonnleithner

Considerações sobre cirurgia corrente — Prof. Erasto Gaertner — O conferencista referiu-se à atenção que devem merecer os pequenos problemas da cirurgia. Cuidou, em primeiro lugar, da discrepância entre a temperatura axilar e retal nas crises apendiculares agudas, quando ultrapassa de 0,5° indo até a 2°. É um método que deve entrar na rotina. Discorreu sobre o valor desse sinal, mostrando o interesse que deve despertar. Passou, a seguir, a falar sobre o uso do fio de algodão nas suturas cirúrgicas. Mostrou os resultados favoráveis que vêm obtendo não tendo até agora a menor queixa contra o fio de algodão. Ferve por 20 minutos e, ao usar, corta bem rente, após um só nó, pois não escorrega. Citou as experiências feitas pelo prof. Dante Romanó, em animais, com

as mais recomendáveis conclusões.

Referiu-se, depois, à talha transversa na cistotomia. Fez a crítica do processo clássico e mostrou a sua experiência com talha transversa que usa a mais de 10 anos. Isso facilita o acesso ao interior da bexiga, evita as dilacerações, previne as contaminações e torna fácil a sutura. Discorreu sobre as dificuldades que o urologista encontra para descolar a próstata depois da era da hormonioterapia que acarreta uma intensa fibrose periglandular. Não acredita na cura do adenoma prostático pelos hormônios.

Subalimentação e verminose no pênfigo foliaceo — Dr. B. Mario Mourão — O trabalho foi publicado na íntegra, ver Bol. San. São Lucas, V, 3, julho 1943.

Torção livre do grande epiploon

— Dr. Paulo G. Bressan — (O trabalho foi publicado na íntegra,

ver Bol. San. São Lucas, V, 35, setembro 1943).

SESSAO DE 20 DE JULHO

Presidente: Dr. João N. von Sonnleithner

Hernia de Richter simulando apendicite aguda — Drs. José Saldanha Faria e Eurico Branco Ribeiro — (O trabalho foi publicado na íntegra, ver Bol. San. São Lucas, V, 4, setembro 1943).

Doença de Koehler — Dr. Mário Finocchiaro — O A. cuidou do diagnóstico radiológico da moléstia, mostrando que há duas variedades: a do escafóide e a dos metacarpianos. Discorreu sobre a moléstia, mostrando as dificuldades do diagnóstico clínico; o qua-

dro radiológico resolve o problema. Fez cogitações etiológicas e terminou dando a orientação terapêutica.

Discussão: O dr. Eurico Branco Ribeiro fez comentários sobre as moléstias ósseas de etiologia baseada em perturbações tróficas.

Cezareana em prenhez gemelar (filme) — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. fez exibir um filme apanhado no Sanatório São Lucas, sobre um caso de cezareana em prenhez gemelar.

SESSAO DE 3 DE AGOSTO

Presidente: Dr. João N. von Sonnleithner

Estudos experimentais com o veneno de abelha em doentes reumáticos — Dr. Wolfgang Bücherl — Inicialmente tratou o A. da classificação e nomenclatura dos reumatismos passando depois a falar da etiologia. Fez a crítica do tratamento para declarar que se limita a cuidar somente de um dos recursos terapêuticos — o veneno de abelha. O veneno é extraído da abelha viva e dissolvido em sôro fisiológico. A dose mortal corresponde mais ou menos ao veneno de 300 abelhas. Trata-se de uma imunização do organismo, com duração de 4 anos. As injeções, intradérmicas são aplicadas em várias pápulas, progressivamente. Referiu-se a composição do veneno de abelha, em que também entra a histamina e várias substâncias usadas no tratamento do reumatismo. Apresentou casuística.

Discussão: O dr. Nogueira Martins mostrou a importância social do reumatismo e o valor da terapêutica, que nem sempre corresponde às expectativas.

O dr. Serafim Elias referiu-se às lesões cardíacas pelo reumatismo.

O dr. Francisco Finocchiaro focalizou a questão da presença de elementos minerais nos venenos, com efeito oligodinâmico.

O dr. Mateus Vasconcelos elogiou as experiências do dr. Wolfgang Buecherl, mostrando as conclusões práticas que a determinaram.

O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se ao veneno de abelha nas dores dos cancerosos e dos traumatizados.

O dr. Wolfgang falou ainda, dando várias explicações sobre o assunto.

Sobre o tratamento das fraturas e cirurgia plástica (filmes). — Foram exibidos alguns filmes dos Escritórios do Coordenador de Assuntos Inter-Americanos, sobre o tratamento das fraturas e cirurgia plástica.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

SESSAO DE 21 DE AGOSTO

Considerações sobre as colonias de férias escolares — Dr. Figueira de Melo — O A. apresentou interessantes observações feitas por médicos estrangeiros e observações suas feitas numa colonia de férias organizada com elementos do Grupo Escolar Campos Sales.

Entre as observações feitas por médicos estrangeiros damos a seguinte:

Resultados obtidos pelo dr. Osvaldo Frederici, nas Colonias Escolares dos Apeninos. São:

1.º — Um crescimento e desenvolvimento geral mais rápido, provado nos casos observados por:

- a) aumento de peso, oito vezes superior ao normal;
- b) crescimento do talhe, quatro vezes superior ao normal;
- c) aumento do perímetro torácico, doze vezes superior ao normal;

2.º — Elevação da atividade cardíaca (a pressão arterial em 25 dias sobe a oito milímetros).

3.º — Aumento da capacidade vital.

4.º — Aumento da força muscular.

5.º — Retorno ao normal das qualidades do sangue, com:

- a) aumento do valor globular;
- b) aumento de número dos glóbulos vermelhos;

Presidente: Dr. Figueira de Melo

c) diminuição considerável dos leucócitos, e elevação relativa da proporção numérica dos leucócitos mononucleares em relação aos polinucleares, devido a diminuição destes últimos.

6.º — Regularização das funções gastro-intestinais, absorção e assimilação que se revela pela diminuição progressiva das substâncias não assimiladas e do azoto nas fezes.

7.º — Atividade mais intensa das trocas orgânicas, demonstrada pela maior eliminação da uréa e do azoto total na urina.

8.º — Reserva maior das substâncias orgânicas reveladas por:

a) aumento de peso;

b) a regularização progressiva das eliminações azotadas.

Feita em nosso meio foi observado o seguinte: 75 por cento das crianças aumentaram de 2 a 3 quilos. Até 2 quilos 23 por cento e apenas 3 crianças das 70 levadas a Santos, não apresentaram aumento de peso.

Isto quer dizer que era impróprio para as mesmas a Colonia Marítima.

Vemos também por estes ensinamentos que as Colonias de Férias Escolares devem estar sob a dependência da Diretoria da Saúde Escolar, para a sua melhor orientação científica.

PANTOFEDRINA *Especifico da coqueluche*

LABORATÓRIO PHARMA

Introdutor da ERITHRINA CRISTA-GALLI no tratamento da coqueluche, apresenta seu novo preparado

PANTOFEDRINA

* Rua da Glória, 715

Centro de Estudos “Franco da Rocha”

SESSAO DE 26 DE AGOSTO

Presidente: Dr. Mário Yahn

A histamina na epilepsia — Drs. José Botiglieri e Paulo Semioni — Os autores trataram 7 epilepticos pelo cloridrato de histamina por via intradérmica e outros 12, pela via subcutânea, durante 1 ou 2 meses. Desses 19 doentes, 10 melhoraram de 20 a 95 por cento durante o tratamento, mas essa melhora não perdurou após a suspensão das injeções. Em 4 doentes, as crises aumentaram de 20 a 80 por cento. Nos 5 doentes restantes não houve modificação na frequência dos ataques.

Cancer esquirroso da mama com metastases ósseas generalizadas — Drs. José P. G. D'Alambert e Celso Pereira da Silva — Os autores relataram a observação de uma mulher, de 33 anos idade, que fôra histerectomizada cerca de uma endometrite crônica. Meses após, sofrendo uma queda, fraturou um dos ossos da perna, sendo verificadas lesões ósseas metastáticas generalizadas por ocasião do exame radiológico. O exame clínico posterior e a biopsia revelaram a existência de um carcinoma esquirroso da mama direita, que passara despercebido pela paciente. Em 3 meses, as le-

sões ósseas se desenvolveram cada vez mais, chegando, no crânio, a perfurar a tábua externa do frontal. Nos últimos dias de vida, veio ainda a paciente a apresentar protusão, bem como amaurose do olho direito (metastases na porção retrábil da órbita).

Autopsiada, verificaram-se ainda mais lesões metastáticas para o lado das meninges, encéfalo, baço, gânglio retroperitoneal, pleura e pericardio.

Os autores chamaram a atenção para a raridade de casos com características do acima referido e estudaram a questão das metastases tumorais, principalmente o osteofilismo metastático de certos tumores, lembrando tanto as condições circulatórias topográficas como, também, os fatores bio-físico-químicos, que podem intervir na localização das colonias secundárias.

Para explicar a generalização das metastases ósseas no caso em apreço, lembraram a possível interferência do processo anemizante anterior, criando na medula óssea um “locus minoris resistentiae”.

A exposição foi documentada com radiografias, fotografias e peças anatômicas.

Outras sociedades

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 9 de setembro, ordem do dia: A anatomia na obra do prof. Sérgio Meira Filho — Prof. Renato Locchi; A obra educacional cirúrgica do prof. Sérgio de Paiva Meira Filho — Dr. S. Hermeto Júnior; Princípios fundamentais de técnica cirúrgica da litíase biliar — Prof. Benedito (90)

Montenegro; Patologia da vesícula biliar — Prof. Edmundo Vasconcelos; A técnica e a tática na cirurgia da litíase do colédoco — Prof. José de Freitas.

Sessão de 16 de setembro: Profissão de fé de um pediatra — Dr. Vicente de Sampaio Lara; Relações imunitárias entre febre

amarela e outras doenças clínicamente parecidas observadas nos climas tropicais e sub-tropicais e produzidas por agentes infectuosos — Dr. Lucas de Assunção; Sobre um caso de localização vesical do *Shistosoma mansoni* — Dr. João Alves Meira.

Sessão de 30 de setembro: O Estado e a proteção à Maternidade — Prof. Clovis Corrêa da Costa.

Sessão de 1.º de outubro: Tema — Tumores malignos do estômago. Relatores — Profs. A. de Almeida Prado, Eduardo Monteiro e Paulo de Almeida Machado.

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, reunião de 30 de setembro, do Dep. de Anatomia Patológica: Tema — Linfadenose leucêmica. Exposição clínica pelos drs. José Ramos Jr., O. Monteiro de Barros e Walter Aprigliano; estudo anatomo-patológico pelos drs. Paulo Tibiriçá, Constantino Mignone e Maria Luiza Mercadante.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 9 de outubro, ordem do dia: Estudo clínico das neurites leprosas — Dr. Luís Marino Becheli; Diagnóstico diferencial na lepra nervosa — Dr. Humberto Cerrutti; Dos casos nervosos queimados — Dr. Flávio Maurano.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 14 de setembro, ordem do dia: Sugestões para uma reforma da lei de acidentes do trabalho — Dr. Augusto Matuck.

Sessão de 30 de setembro: Recentes aquisições da medicina legal — Dr. Antônio Miguel Leão Bruno.

Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz" e Liga de Combate à Sífilis, sessão conjunta em 30 de setembro: Grandes e pequenos sinais da intoxicação pelos arsenicais — Prof. João Paulo Vieira.

Escola Paulista de Medicina, sessão de 7 de outubro, do Dep. de Anatomia Patológica. Demonstração e discussão dos seguintes casos: Lesões da medula espinhal na síndrome neuro-anêmica; Leucemia mielóide; Leucoplasia e craurose.

Centro Acadêmico "Pereira Barreto", sessão do Departamento de Cultura Científica, em 2 de setembro: Bases fisiológicas e interpretação das provas de concentração e diluição — Silvio Antunes; Considerações em torno de um caso de Blastomicose associada a Tb. pulmonar — Amaury Wilson Lara.

Sessão de 7 de outubro: Gangrena gasosa — Mário da Silva Mueller; Tumor maligno no jovem — Hilda Lucia de Barros Sales; Patogenia do edema agudo do pulmão — Salim M. Auada.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, e Sociedade Médica São Lucas, sessão conjunta em 3 de setembro, ordem do dia: Tireoidectomia total em cardíaco — Drs. Jaime Rodrigues e Mendonça Cortez; Litiasi do apêndice — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 1.º de outubro: Diagnóstico diferencial do enfarte do miocárdio — Dr. Mendonça Cortez; Prognóstico e tratamento no enfarte do miocárdio — Dr. J. Ferreira da Rocha.

Sociedade de Biologia de São Paulo, sessão de 8 de outubro: ordem do dia: O método de extração e dosagem da arginina pelo ácido flavianico — M. Rocha e Silva e Sílvia O. Andrade; Endocardite mortal no homem produzida por um particular micrônico polimorfo — E. Biocca e D. Reidano; Estudo sobre as relações imunogênicas do grupo das salmonelas — Otto Bier e Paulo Lacerda.

Instituto Biológico, sessão de 3 de setembro, ordem do dia: Nutrição parenteral — Prof. Carlo Foá; Ensaio de fungicidas — Dr. A. An-

drade; Criação "in vitro" de nematoides parasitas de plantas — Dr. R. Drummond.

Sessão de 17 de setembro: Observações sobre os sucedâneos medicamentosos alimentícios sob o ponto de vista farmacológico — Prof. R. Wasicky; Divagações optimistas sobre o porvir das endemias de moléstia de Chagas na América do Sul — Prof. A. Carini.

Sessão de 1.º de outubro: Estado atual da quimioterapia da

tuberculose — Dr. E. Richbaum; Algumas observações sobre superbrotamento da mandioca — Dr. A. R. Campos; Verificações da imunidade anti-estreptocócica e sua significação — Dr. Otto Bier.

Sociedade de Medicina Aplicada a Educação Física, sessão de 6 de outubro, ordem do dia: Orientação da educação física e crianças e adolescentes cardiopatas — Dr. R. Kuntz Busch.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Raquis — Fernando M. Bustos, El Ateneo, (Florida, 340), Buenos Aires, 193.

Diz o A., abrindo o livro, que não são abundantes as obras que otercem, em volume próprio, a orientação suficiente para o exame e diagnóstico das afecções da raque. Suprindo essa lacuna escreveu ele um livro, em que, além disso, apresenta indicações terapêuticas, de sorte a torná-lo uma obra de utilidade imediata. Deve-se notar, também, que este livro apresenta a novidade de conter no fim de cada capítulo, um resumo da matéria contida, de forma a orientar o leitor de um modo rápido e sucinto. Em mais de 300 páginas, o A. passa em revista as várias afecções da raque, depois de ter revisto a sua anatomia e os diversos meios semiológicos que se deve empregar. O volume traz nada menos de 140 ilustrações originais, documentando o exposto no texto.

Defesa passiva antiaérea — Mário Ottobrim Costa, Cia. Melhoramentos de São Paulo, S. Paulo, 1943.

Como diretor de ensino da Defesa Passiva Antiaérea em São Paulo, o prof. Mário Ottobrimi (92)

Costa deu uma série de aulas sobre socorros de urgência a turmas de professores de ensino secundário e superior que teriam que a retransmitir aos seus alunos os conhecimentos indispensáveis numa emergência de ataque aéreo.

Numa sequência de 12 capítulos abordou o A. os temas que serviram de base para o curso que deu e que, diante dos bons resultados comprovados, foi repetido para uma turma de socorristas da Cruz Vermelha. São uma série de ensinamentos dignos da mais larga divulgação e foi por isso que a Cia. Melhoramentos tomou a si o encargo de reunir em volume e fazer vultosa tiragem. O livro contém 80 páginas, com 53 ilustrações de Acyr Teixeira, algumas das quais a cores.

Tomas de Aquino y la psicopatología — E. Eduardo Krapf, Editorial Index (Esmeralda, 909), Buenos Aires, 1943.

O presente volume é uma "Contribuição do conhecimento da psiquiatria medieval". Inicia o A. o seu trabalho com a biografia de São Tomás de Aquino, revendo os seus historiadores e salientando que quasi nada existe sobre as suas opiniões psicopatológicas. Os

34 tomos da obra do grande psicólogo foram revistos, para pesquisa dos trechos em que ha alusões aos estados patológicos. A monografia contem 46 páginas e é de leitura amena e instrutiva. Faz parte da série de Monografias de "Index de Neurologia e Psiquiatria", publicada sob a orientação de R. Orlando.

La electroencefalografia — Victor Santamarina, Cardenas y Cia., Habana, 1943.

Como tese de adscrição à cadeira de Patologia e Clínica Infantil da Universidade de Habana, o A. apresentou um interessante estudo que realizou em Harvard sobre a electroencefalografia, com o farto material desse centro de pesquisas e baseado na orientação dos mais destacados especialistas norteamericanos. O A. dá os fundamentos do método, a sua execução, a interpretação dos traçados, a sua aplicação aos vários campos da medicina, especialmente à Neuropsiquiatria infantil.

Apresenta o estudo da atividade elétrica cerebral da criança em sua evolução desde o nascimento até à puberdade. O seu livro é de grande utilidade não só para os neurologistas e psiquiatras, mas também para os médicos em geral, que encontrará nele motivos para enriquecimento de sua cultura profissional. O livro tem 170 páginas, com 6 ilustrações.

Atas das reuniões da Associação Paulista de Medicina — Ano de 1942.

Acaba de ser publicado o volume contendo todas as atas das reuniões da Associação Paulista de Medicina durante o ano de 1942. Forma um grosso volume com trabalhos originais, resumos e discussões. E pena que não se tenha agregado o índice da matéria, o que tornaria muito mais fácil o manuseio desse importante repositório da atividade médica de São Paulo.

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, XVIII, 1-195, 1942 — Departamento de anatomia descriptiva e topográfica da Fac. de Medicina. Orientação didática e atividade científica — R. Locchi; Observações sobre o tubérculo orbitário de Whitnall no osso zigomático do homem — L. João Afonso Di Dio; Um novo exemplo de dissociação do complexo vitamínico B — F. A. Moura Campos; Ação das águas de São Pedro sobre o intestino isolado de coelho — C. Camargo Nogueira; Ação ossificante do acetato de desoxicorticosterona — L. C. M. Junqueira, F. Figueira de Melo e A. Carlos Mauri; Valor das inibições reações no diagnóstico das micoses — Floriano de Al-

meida e C. da Silva Lacaz; Dados estatísticos sobre granuloma paracoccidióico no Brasil — F. de Almeida, C. da Silva Lacaz e Celeste Fava Neto; Granulomatose paracoccidióica — L. da Cunha Motta; As vias do reflexo psiconeurogalvanico e o valor semeiológico deste reflexo — Carlo Foá.

Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, XIII, 1-268, março-junho 1943 — Sobre a erotomania — Mário Yahn e Nelson Pires; Biotipo e doença mental — E. Pinto Cesar e Coriolano Roberto Alves; Traços essenciais da personalidade neurótica — D. Mendonça Uchôa; Considerações em torno da questão racial — Coriolano Roberto Alves; Sin-

dromo de hiperostose frontal interna — C. Pereira da Silva e J. P. Godoy d'Alembert; Personalidade esquizoide anestésica. Reação hiperativa hiperestésico-impulsivo — A. Teixeira Lima e Francisco Tandredi; Tripaflavina na parotidite epidêmica — Ursulina Penteado; Considerações sobre a Secção de Esquizofrenia — H. Marques de Carvalho.

Arquivos de Biologia, XXVII, 77-100, julho-agosto, 1943 — Observações ulteriores na quimioterapia da toxoplasmose — E. Biocca; Micrométodo de dosagem do ácido úrico na urina — Malhado Filho; Elementos de diagnóstico nas doenças alérgicas — D. M. Gonzalez Torres; Micoses bucais e vaginalis — Floriano de Almeida.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, VII, 1-194, setembro 1942 — Da fiscalização sanitária dos gêneros alimentícios no Estado de São Paulo — Nicolino Morena; Do nível alimentar de um núcleo operário do bairro da Lapa, na cidade de São Paulo — N. Morena e J. Faria Rebelo; Normas fundamentais de saúde. Projeto do Código Sanitário padrão panamericano — Humberto Pascale; Considerações sobre Centro de Saúde — Pascoal Gayotto.

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 102-205, setembro 1943 — Fausto Guerner — Mário Yahn; Distrofia muscular familiar — O. Freitas Julião e Roberto Malaragno Filho; Particularidades e valor do exame elétrico nas afecções do corno anterior da medula — Carlos Virgilio Savoy e Maria E. Bierrenbach Khoury; Paquimeningite cervical hemorrágica com aracnoidite cística — Carlos Gama, Lamartine de Assis e Vinicius Arruda Zamith; Sulfamidotterapia em neurologia. Metodologia para seu emprego — J. M. Taques Bittencourt.

Gazeta Clínica, XLI, 199-222, julho 1943 — Blastomicose — Mendes de Castro, Silvio J. Pinto Borges e J. Souza Pacheco; Um novo antígeno da tuberculose — E. de Almeida Magalhães.

Neurônio, IV, 1-34, julho 1943 — Recensões dos trabalhos latino-americanos.

Resenha Clínico-Científica, XII, 315-354, setembro 1943 — Considerações sobre a profilaxia da gripe epidêmica — Thomas Francis Jr.; Quadros torácicos influenciais 194 e suas relações com a "Atypical pneumonia" Pino Pincherle; O pré e o post-operatório imediatos em cirurgia gástrica — A. Paulino Filho e Flávio Uhl Soares.

Revista Clínica de São Paulo, XIII, 1-52, junho 1943 — Tratamento da malária — Celestino Bourroul.

Revista de Medicina, XXVII, 1-62, agosto 1943 — O líquido cefalo-rachidiano em semiologia neurológica — Adherbal Tolosa; Psicoses por lesões cerebrais — J. Carvalhal Ribas; A sífilis congênita — Ruy Piazza; Diagnóstico diferencial das manifestações eritematosas da sífilis secundária — A. Ancona Lopes; O Serviço de Saúde Pública no Rio Grande do Sul — Paulo Goffi e Eurípedes Garcia.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, II, 275-338, novembro-dezembro 1942 — Hematoma extradural traumático — Arrigo Raia; O problema do leite em São Paulo — F. Pompéo do Amaral.

Revista Paulista de Medicina, XII, 315-393, maio 1943 — O fio de seda e de algodão em cirurgia do torax. Estudo clínico e anatomo-patológico — Eduardo Etzel e Godofredo Elejalde.

Revista Paulista de Tisiologia, IV, 195-253, julho-agosto 1943 — Constituição e tuberculose — Carlos Bento; Tipos radiológicos da tuberculose no Hospital São Luiz Gonzaga — Otávio Nébias; A eletividade no pneumotorax — Marcio M. Bueno; A tuberculose em psicopatologia — Iracy Doyle; Indicações da broncoscopia na tuberculose pulmonar — Alberto Chapchap.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Necrologia

Dr. Vicente Batista — Faleceu no dia 13 de setembro, nesta capital, aos 48 anos, o dr. Vicente Batista, médico diplomado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Logo depois de formado, seguiu para a Alemanha, onde frequentou cursos de especialização nas Universidades de Berlim e Hamburgo. De regresso ao Brasil dedicou-se à clínica pediátrica.

Em 1933 foi galardoado pela Academia Nacional de Medicina com o "Prêmio Oficial", pela sua memória "Vitaminas e Avitaminoses".

Em 1938, foi contemplado pela Associação Paulista de Medicina com o prêmio "Margarido Filho" mercê de sua excelente monografia "Subsídio ao Estado da Lactação".

Era o extinto membro das seguintes associações: Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, de que foi fundador; Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, da qual foi presidente da secção de Medicina Especializa-

da; Associação Paulista de Medicina, onde presidiu a secção de Pediatria; e Sociedade Brasileira de Pediatria; Médico psiquiatra da "Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo". Em 26 de outubro de 1942, foi eleito membro da Academia Nacional de Medicina, depois de haver realizado uma série de conferências no Recife, Rio de Janeiro e São Paulo.

O dr. Vicente Batista exercia, além disso, o cargo de consultor científico dos Laboratórios Baldassari.

Publicou as seguintes obras: "A medicina através dos tempos", "Dietética infantil"; "Clínica e terapêutica das disvitaminoses dos lactentes"; "Higiene e alimentação da criança"; "Assistência a menores"; "Tetania na infância" e inúmeros trabalhos nas revistas médicas.

Dr. Alarico de Toledo Piza — Faleceu no dia 9 de outubro, nesta capital, o dr. Alarico de Toledo Piza, médico chefe do Corpo de Saúde da Guarda Civil.

Concurso para Professor Catedrático

Médico paulista na cátedra de Neurologia da Faculdade de Medicina da Baía — Em recente concurso realizado na Faculdade de Medicina da Baía, para a cátedra de Neurologia, saiu vencedor o dr. Carlos Gama, ilustre neurologista de São Paulo. Entre os títulos que já possuia o conhecido neu-

ro-cirurgião, salientam-se os seguintes: livre docente de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Un. de São Paulo; membro da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro; Vice-presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

PANTOFEDRINA
Específico da coqueluche

LABORATÓRIO PHARMA * **Rua da Glória, 715**

Introdutor da **ERITHRINA CRISTA-GALLI** no tratamento da coqueluche, apresenta seu novo preparado

PANTOFEDRINA

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Fundação e eleição da 1.ª diretoria — Foi recentemente fundada, em Campinas, a Sociedade Brasileira de Cardiologia, tendo sido eleitos para seus diretores: dr. Dante Pazzanese, presidente; dr. Alcides Airosa, vice-presidente; dr.

José de Proença Pinto de Moura, secretário-geral; dr. Osvaldo Faber, sub-secretário; dr. Quintiliano H. de Mesquita, tesoureiro; dr. L. Mendonça de Barros, diretor dos arquivos.

Concurso de Téses

Entrega dos prêmios — O Laboratório Torres, como iniciador do uso terapêutico do princípio antitóxico do fígado, isolado por Forbes, organizou em 1942 um Concurso de Téses, estabelecendo prêmios para os dois melhores trabalhos, sobre o princípio antitóxico.

Devido ao grande número de concorrentes e também pelo fato de serem os trabalhos, em sua maioria, muito extensos, o julgamento foi demorado e sómente em setembro de 1943 os prêmios foram entregues aos seguintes concorrentes classificados:

1.º lugar — Dr. Joaquim Lacaz de Moraes — Assistente de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de São Paulo (Cadeira do prof. Cunha Mota e Dr. José Finocchiaro — Assistente de técnica Cirúrgica da Faculdade de

Medicina de São Paulo. (Cadeira do prof. Edmundo Vasconcelos). Prêmio: Cr. \$ 20.000,00 (vinte mil cruzeiros).

2.º lugar — Dr. José Ricardo Alves Guimarães (São Paulo). Prêmio: Cr. \$ 5.000,00 (cinco mil cruzeiros).

Os prêmios acima estão em conformidade com as bases do concurso. Atendendo, no entanto, às elogiosas referências da Comissão Julgadora, o Laboratório Torres houve por bem conceder mais um prêmio de Cr. \$ 3.000,00 (três mil cruzeiros) ao dr. Martinus Pawel (São Paulo) e um prêmio de Cr. \$ 2.000,00 (dois mil cruzeiros), a título de estímulo, aos estudantes da Faculdade de Medicina de São Paulo: Paulo Correia, Paulo Rocha e Luiz Dias de Andrade, que obtiveram a 4.ª classificação.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

A vitaminoterapia em doenças infecciosas.

O uso do levedo medicinal selecionado e estabilizado. — Em todas as doenças, principalmente em estados infecciosos, o consumo de vitaminas pelo organismo é muito maior do que sob condições normais. Nesses casos, deve-se, portanto, cuidar especialmente de uma administração adequada das vitaminas essenciais

à defesa do organismo, de preferência por produtos naturais de fácil assimilação e comprovada eficiência.

Devido à sua composição ideal — um alto teor em vitaminas B-1, complexo B-2, sais minerais e amino-ácidos naturais — cabe ao levedo medicinal selecionado e estabilizado uma importância tóda es-

pecial, tanto na profilaxia, como também na cura de doenças infec- ciosas.

O consumo do levêdo medicinal aumenta as reservas em vitaminas e "glutathion", evitando, assim, as doenças infeciosas, e, em caso da manifestação de qualquer infecção, abrevia sua duração e diminui a possibilidade de complicações. E' bem conhecido o fato de que, na convalescência — após doenças e operações — a administração do levêdo medicinal estabilizado pro- porciona um restabelecimento ex- traordinariamente rápido do pa- tiente.

Principalmente para o combate e a profilaxia de resfriados, o levêdo medicinal estabilizado manifestou seu alto valor. Pôde-se observar melhoria surpreendente, após a administração abundante do levêdo medicinal, em casos graves de catarros em doentes que antes não haviam tomado levêdo. Verificou- se, por outro lado, que, quanto mais concentrado for um preparado de levêdo medicinal, i. e., quanto maior for o teor em vitaminas B (B-1 e complexo B-2), tanto maior é o efeito e tanto mel- hor o êxito. Os preparados puros da Vitamina B-1 falham nestes casos.



LABORATORIO
ULTRASAN
QUÍMICO-FARMACEUTICO LTDA.
Rua Cristiano Viana, 307
Caixa P. 2586 - Tel. 8-3526
SÃO PAULO - BRASIL

B-GLUTAN

Polineurites, estados
beribéricos, desequilíbrio
do metabolismo.

B-GLUTAN
complexo

B - Glutan asso-
ciado às substâ-
ncias nutritivas.

Conjunto NATURAL das vitaminas do com-
plexo B (integral), E, H, provitamina D e de
todos os fatores específicos, amino-ácidos e
saís minerais do levêdo de cerveja medicinal,
selecionado e estabilizado.

Botropase
Pinheiros

Coagulação em tempo recorde!

DIVERMIL

COMBATE TODAS AS VERMINOSAS, SEM PERIGO

QUEENOPÓDIO ATÓXICO
POR ADSORÇÃO

ADULTOS: 12 COMPRIMIDOS
CRIANÇAS: 1 COMPRIMIDO
PARA CADA ANO DE IDADE

LABORATÓRIO CIROSS - RIO DE JANEIRO

*Não diga uma colher, mas diga
uma colherada de*

Philergon

*ás refeições e terá empregado
um fortificante de paladar
agradável, um fortificante
que fortifica de fato*

PRICE

IGO

0

S
O
E

NEED